

## AUTODICHIARAZIONE PER L'ACCESSO DI VISITATORI E ACCOMPAGNATORI IN REPARTO OSPEDALIERO

Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 144 13 luglio 2020, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome:
Data di nascita:
Comune di residenza (o domicilio se diverso):
Recapito telefonico:
E-mail:
Visitatore/Accompagnatore del DEGENTE:

dichiara sotto la propria responsabilità che:

- ha ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID-19 da almeno 15 giorni; **oppure**
- ha completato il ciclo vaccinale anti COVID-19 da non oltre 9 mesi; **oppure**
- è guarito da COVID-19 da non più di 6 mesi; **oppure**
- si è sottoposto nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione di SARS-CoV-2 con esito negativo; **oppure**
- nessuno dei casi precedenti.

Certificazione verde

dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che:

- negli ultimi 14 giorni non ha presentato anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto;
- negli ultimi 14 giorni non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- negli ultimi 14 giorni non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.);
- negli ultimi 14 giorni non è stato sottoposto a regime di quarantena e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extraSchengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Si impegna inoltre a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_