



AUTODICHIARAZIONE PER L'ACCESSO DI PAZIENTI DEGENTI E AMBULATORIALI

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:

dichiara sotto la propria responsabilità che:

- è in possesso di certificazione verde COVID-19/Green pass COVID-19;
 non è in possesso di certificazione verde COVID-19/Green pass COVID-19;

E

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 quarantene e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra EU e/o extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Data

Firma

La Direzione Sanitaria si riserva eventuali controlli sulla veridicità delle autodichiarazioni.