AUTODICHIARAZIONE PER ACCESSO IN STRUTTURA

Vista l'attuale situazione legata al COVID, tenuto conto delle diposizioni nazionali e regionali volte al contenimento della diffusione del virus, facendo espresso riferimento alle indicazioni dell'Ordinanza del Ministro della Salute dell'8 maggio 2021, con annesse le Linee Guida "Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale, con la presente si chiede la sottoscrizione del presente **PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO**.

Il/la Signor/a _____,
nata / o il _____, a _____,
in qualità di (famigliare/amministratore di sostegno/tutore, ecc…) _____,
dell'ospite _____, ricoverato presso la RESIDENZA _____,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, con la sottoscrizione del presente modulo

D I C H I A R A

⊗ di non essere sottoposto alla misura della quarantena;
⊗ di non manifestare sintomi influenzali quali febbre oltre 37.5 e affezioni alle vie respiratorie negli ultimi 14 giorni (febbre, tosse secca, difficoltà respiratorie; dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto);
⊗ di non essere stato in contatto stretto con persone positive al Covid-19 negli ultimi 14 giorni.
⊗ di conoscere le norme contenute nel Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri n. 59 dell'8 marzo 2020 in e nei successivi provvedimenti legislativi e regolamentari emessi dal Governo in ordine all'emergenza coronavirus COVID 19 e nelle successive Ordinanze della Regione Marche;
⊗ di essere consapevole dei rischi sanitari potenzialmente connessi alla libera circolazione delle persone e delle cose in questo momento storico;
⊗ di aver letto e compreso le precauzioni da adottare in base alle INDICAZIONI AD INTERIM PROCEDURA COVID19 PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO
⊗ di aver letto e compreso l'informativa relativa ai trattamenti di dati personali effettuati per il contrasto del Covid-19 come previsto dal Regolamento UE 679/2016 (Allegato 1)

A C C E T T A

Di esibire il giorno della visita, prima dell'accesso al reparto, a un referente sanitario della struttura, la Certificazione verde Covid-19, ovvero Ricevuta certificato vaccinale attestante la completezza del ciclo vaccinale da almeno 14 giorni; Certificato di guarigione rilasciato dal MMG o dal Distretto di appartenenza; Ricevuta esisto tampone negativo (molecolare o antigenico rapido) eseguito da laboratorio accreditato entro le 48 ore precedenti la visita.
Di comunicare tempestivamente alla struttura nella figura dei referenti Coordinatrice Infermieristica e/o Coordinatrice di struttura ogni cambiamento dello stato di salute che dovesse insorgere nel giorno di accesso in visita e nei 14 giorni successivi.

Luogo, data e ora _____ Firma _____