

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART.47 DEL D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ (___)

Residente in _____ (___) via _____ tel _____

Luogo di nascita _____ (___) data di nascita _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate all'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

❖ Di essere:

- familiare _____
(specificare il grado di parentela)

- altro soggetto _____
(specificare il grado di parentela)

del degente Sig. _____ al quale intende fare

visita nel reparto di _____

❖ Che negli ultimi 14 giorni:

- di **non** essere entrato in contatto con pazienti positivi per COVID-19;
- di **non** essere entrato in contatto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID 19
- di **non** lamentare sintomatologia simil-influenzale (febbre $\geq 37,5^\circ$, tosse, rinite, congiuntivite);
- di **non** essere risultato positivo al virus COVID-19 e di non essere sottoposto alla misura della quarantena.

❖ Altresì:

- di essere stato informato e di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario su rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo;
- di provvedere alla corretta compilazione del registro di entrata nel reparto necessario per la tracciabilità degli accessi;
- di non accedere in ospedale se, nei prossimi giorni dovessi presentare almeno uno dei sintomi/disturbi sopra elencati (rivolgendomi, invece, immediatamente al Medico di Famiglia).

Il _____

Firma del dichiarante

Firma del dipendente ricevente
