

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA INGRESSO NELLA RSA S. M. REGINA PACIS FASANO

Dati richiedente	
Cognome_____	Nome_____
Data di nascita_____	Luogo di Nascita _____
Comune di residenza_____	via_____
Comune di domicilio(se diverso dalla residenza) _____	
Via_____	Tel._____
email _____	

Dati ospite	
Cognome_____	Nome_____
Data di nascita_____	Luogo di Nascita _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?	SI	NO
Se la risposta è SI: è guarito? (tamponi di controllo negativi?)	SI	NO
È in quarantena?	SI	NO
Ha effettuato vaccinazione COVID?	SI	NO

Data 1° dose_____data 2° dose _____

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	SI	NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- | | | |
|---|----|----|
| • Febbre/febbrecola | SI | NO |
| • Mal di gola/Tosse e/o difficoltà respiratorie | SI | NO |
| • Malessere, astenia | SI | NO |
| • Cefalea | SI | NO |
| • Congiuntivite | SI | NO |
| • Sangue da naso/bocca | SI | NO |
| • Vomito e/o diarrea | SI | NO |
| • Inappetenza/anoressia | SI | NO |

- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| • Confusione/vertigini | SI | NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| • Perdita di peso | SI | NO |
| • Disturbi dell'olfatto e o del gusto | SI | NO |
| • Aritmia o episodi sincopali | SI | NO |

Dichiara che all'atto della visita nella struttura il richiedente esibirà la Certificazione Verde COVID-19 ovvero la valida attestazione di una delle condizioni necessarie per il rilascio della stessa come da D.L. 52/2021

- a) avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
- b) avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
- c) effettuazione di test molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 effettuato entro le 48 precedenti.

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura SI NO

Altro motivo _____

Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)

Nome Cognome _____

Firma _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 30 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

Data _____

Firma richiedente _____