



## Allegato 4 Modulo di Autodichiarazione per l'accesso nelle aree assistenziali Utenti ambulatoriali-Accompagnatori-Caregiver-Visitatori

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 Modulo deve essere conservato da Utenti ambulatoriali-Accompagnatori-Caregiver-Visitatori e mostrato, quando richiesto, al personale di assistenza e dei Servizi di controllo.**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_  
Nome e cognome

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

(e domicilio se diverso): \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

N° telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
in maiuscolo

### in qualità di:

- ▶  **UTENTE** presso l'ambulatorio/servizio di \_\_\_\_\_
- ▶  **ACCOMPAGNATORE/CAREGIVER** della/del Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_
- ▶  **VISITATORE** presso il reparto di \_\_\_\_\_ della/del Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_
- ▶  **CAREGIVER** presso il reparto di \_\_\_\_\_ della/del Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

### Dichiara sotto la propria responsabilità che:

- è in possesso di GREEN PASS Rafforzato in corso di validità (ciclo vaccinale completo + richiamo)
- è in possesso di GREEN PASS V-Visitatore in corso di validità (ciclo vaccinale completo= 3 dosi)
- è guarito da COVID-19 da non più di 90 giorni
- è esente dalla vaccinazione e ha eseguito nelle 48 ore precedenti un test risultato negativo
- nessuno dei casi precedenti

### 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;
- non ha avuto un **contatto stretto** con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- 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.);
- 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 extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

**Si impegna infine a comunicare eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.**

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
L'interessato potrà prendere visione dell'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art.13 e 14 del regolamento UE 2016/679) collegandosi al sito [ospfe.it](http://ospfe.it) al link <https://at.ospfe.it/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/privacy>