

**AUTOCERTIFICAZIONE PREVENZIONE DIFFUSIONE COVID-19****DAL 19/10/2020****IN 008****REV 4****12/10/2020**

Covid-19 - Sicurezza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie Autodichiarazione visitatori e pazienti esterni

(DPR 445/2000, art. 46 e 47; Ordinanza del Presidente della Giunta della Regione Emilia-Romagna 144/2020)

Io sottoscritto/a

(nome)| *(cognome)*

nato/a il

| a

| Prov.

domiciliato a

| Prov.

via

| n.

telefono

SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ DICHIARO DI

- ▶ NON essere sottoposto al regime della quarantena o dell'isolamento fiduciario dovuto a positività per Covid-19
- ▶ Non ha avuto contatto stretto con persona con diagnosi sospetta o confermata di Covid 19
- ▶ Non presenta sintomi sospetti come Febbre, tosse, raffreddore e altro riconducibile a Covid 19
- ▶ NON essere rientrato da meno di 14 giorni da Paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 6 comma 2 DPCM 11.6.2020, per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia. Paesi Europei o Regioni Italiane che richiedono l'esecuzione di tampone al rientro.
- ▶ In caso di tampone positivo eseguito entro 14 giorni dalla visita in reparto o visita ambulatoriale sono tenuto a informare tempestivamente Villa Baruzziana telefonando allo 051338411

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data| **firma** *(per esteso e leggibile)*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <https://www.villabaruzziana.it/informativa-privacy/>

REPARTO:

PARENTE DI:

ORA DI INGRESSO:

FIRMA DELL' OPERATORE: