

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R. N. 445/200

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'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)

Del degente Sig. \_\_\_\_\_ al quale intende

fare visita nel reparto di \_\_\_\_\_ dell'Ospedale di \_\_\_\_\_

❖ Che negli ultimi 14 giorni:

- **non** ha avuto contatto stretto con una persona con diagnosi confermata di infezione da coronavirus (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
- **non** è rientrato da paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art.6 comma 2 del DPCM 11 giugno 2020, (per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia)
- **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.

❖ Altresì:

- **di essere** stato informato e di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario sul 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)

li \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

Il Funzionario ricevente

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

L'interessato potrà prendere visione dell'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679) affissa presso le Unità Operative o collegandosi al sito [www.aulss5.veneto.it](http://www.aulss5.veneto.it) al link <http://www.aulss5.veneto.it/home/privacy/52797.html>