**Autocertificazione dell’ utente esterno per ingresso in Ospedale**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

❏ di non essere sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al

 momento, positivo al COVID 19;

❏ di non presentare sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o

 comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;

❏ di non essere stato negli ultimi 14 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da

 COVID-19

❏ di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti e di aver rispettato le

 disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo

 mascherine ed altro.

❏ **di essere in possesso della Certificazione Verde in corso di validità**

❏ di far visita al paziente Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ricoverato in data\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Reparto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note per l’ utente esterno**

* Prima di recarsi in ospedale misurare la temperatura corporea e non uscire di casa se superiore a 37,5
* L’ingresso è consentito ad un solo famigliare nei soli orari dichiarati
* All’arrivo al piano, prima di entrare, lavarsi accuratamente le mani
* Tenere indossata la mascherina chirurgica per tutta la durata della visita
* E’ consentito l’ingresso nella stanza ad un solo visitatore alla volta
* Non uscire dalla stanza e mantenere più di un metro dagli operatori e altri degenti

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_