

MODELLO DI AUTORIZZAZIONE ALLA VISITA (rev. 17/5/21)

Io sottoscritto/a _____ Telefono _____ MAIL _____ @ _____

In qualità di: madre/padre moglie/marito congiunta/o tutore/AdS

dell'Ospite: _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.), al fine di accedere alla struttura senza pregiudizi agli Ospiti e al personale operante dichiaro sotto la mia responsabilità:

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19
- Di non avere avuto febbre, tosse, disturbi respiratori e di non avere contattato il mio medico curante per la diagnosi e conseguenti provvedimenti nei 14 giorni precedenti la visita
- Di non aver preso un trattamento antipiretico (farmaci per la febbre: paracetamolo, aspirina, ecc.) nelle ultime 12 h
- Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni anche solo 1 di questi sintomi:

febbre

tosse secca

respiro affannoso/difficoltà respiratorie

dolori muscolari diffusi

mal di testa

raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)

mal di gola

congiuntivite

diarrea

perdita/alterazione del senso del gusto (ageusia/disgeusia)

perdita/alterazione del senso dell'olfatto (anosmia)

altri sintomi _____

(*) Nota:

- Di non avere familiari, non avere aver avuto contatto stretto (faccia a faccia) o aver vissuto nello stesso ambiente chiuso con un caso confermato o sospetto di Covid-19 negli ultimi 14 giorni precedenti la data della visita
- Di non essere stato contattato dalla mia ATS/ ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da infezione da coronavirus, viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno
- Di essere consapevole delle misure di igiene, uso DPI e delle condizioni di visita (limitazione del numero di visitatori) che mi sono state spiegate, mi è stata consegnata a tal scopo una documentazione chiara ed esaustiva e mi impegno ad applicarle
- Accetto la consegna di una maschera chirurgica e mi impegno a indossarla senza interruzione per la durata della visita, senza toccarla o rimuoverla
- Riconosco di essere stato informato del rischio di contaminazione dell'ambiente e mi impegno pertanto a evitare il contatto con superfici e attrezzature
- Mi impegno ad astenermi da ogni contatto fisico non consentito dalle linee guida, senza i DPI adeguati, che confermo di aver ricevuto, letto e compreso, all'interno della struttura in modo da limitare il rischio di trasmissione
- Mi impegno a restare all'interno degli spazi dedicati, senza accedere al nucleo residenziale
- Attesto di non portare oggetti (compresi fiori), animali o prodotti alimentari se non confezionati
- Accetto che la durata della visita non debba superare il tempo dato e mi impegno a rispettare rigorosamente queste istruzioni fornite, pena l'allontanamento dalla struttura ed il divieto di ulteriori accessi fino alla fine dell'emergenza
- Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa disponibile presso il punto raccolta informazioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa disponibile presso il punto raccolta informazioni.

Data _____ Firma _____

Il Medico di Struttura, Dott. Riccardo Tanieli valutata la situazione

Autorizza l'ingresso

NON Autorizza l'ingresso

Firma _____

A.F.G.P. Centro Padre Piamarta

Via Pusiano, 52 • 20132 Milano

Tel. 02 26303500 • fax 02 26303509 • piamarta@afgp.it • www.afgp.it

Sede Legale: Via Ferri, 73 - 25123 Brescia • Partita IVA 03422320170 - Codice Fisc.ale 97110780158