

**allegato 1**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA INGRESSO NELLA STRUTTURA RESIDENZIALE**

<b>Dati Richiedente</b>		
Cognome _____ Nome _____		
Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____		
Comune di residenza _____ Via _____		
Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____		
Via _____ Tel _____		
Email _____		
<b>Dati Ospite</b>		
Cognome _____ Nome _____		
Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____		
Ha avuto una diagnosi di COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se la risposta è SI: è guarito? (tamponi di controllo negativi?)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È in quarantena?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha effettuato vaccinazione COVID?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Data 1^ dose _____	Data 2^ dose _____	
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- Febbre/febbriola SI  NO
- Mal di gola/Tosse e/o difficoltà respiratorie SI  NO
- Malessere, astenia SI  NO
- Cefalea SI  NO
- Congiuntivite SI  NO
- Sangue da naso/bocca SI  NO
- Vomito e/o diarrea SI  NO
- Inappetenza/anoressia SI  NO
- Confusione/vertigini SI  NO
- Perdita/alterazione dell'olfatto SI  NO
- Perdita di peso SI  NO
- Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI  NO
- Aritmia o episodi sincopali SI  NO

Dichiara che all'atto della visita nella struttura il richiedente esibirà la certificazione Verde COVID-19 ovvero la valida attestazione di una delle condizioni necessarie per il rilascio della stessa come da D.L. 52/2021

- a) avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
- b) avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
- c) effettuazione di test molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 effettuato entro le 48 precedenti.

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso in struttura <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<input type="checkbox"/> per la visita alla/al Sig.ra/Sig. _____
<input type="checkbox"/> altro motivo _____
Visto da (il responsabile della Struttura o suo delegato)
Nome Cognome _____
Firma _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 30      giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.
--

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.
Data _____
Firma richiedente _____