

ALLEGATO SUB 2

AUTODICHIARAZIONE PER ACCESSO

il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

residente a _____ (_____),

in Via/Piazza _____, n. _____

telefono cellulare n° _____, indirizzo E-MAIL _____

Vista l'ordinanza del Ministro della Salute 08.05.2021 "Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale", al fine di poter accedere al CSR "Casa di riposo Ida Zuzzi", sita in via dell'Unione, n. 10, a San Michele al Tagliamento, per far visita all'ospite :

sig./ra _____

presenta la seguente documentazione :

- certificato comprovante l'avvenuta vaccinazione anti-covid
- certificato di avvenuta guarigione
- esito negativo a test molecolare/rapido eseguito nelle 48 ore precedenti

dichiara :

- di essere in buona salute e di aver compilato il questionario all'ingresso (check list)
- di aver sottoscritto il patto di condivisione del rischio

autorizza :

- la visione della documentazione sanitaria che lo riguarda da parte dei soggetti incaricati delle verifiche
- l'inserimento del presente documento nel registro degli accessi che è conservato per almeno 14 giorni presso il CSR.

San Michele al Tagliamento _____
(data)

_____ (firma)