

**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 )