

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ACCESSO AMBULATORIALE

Ai sensi del DPR 445/2000 e del D.L. n. 52 del 22 aprile 2021 convertito in L. 17 GIUGNO 2021, N. 87

Il/La sottoscritto/a _____ Data nascita _____
Nome e cognome

Comune di residenza: _____ Prov. (____)

(e domicilio se diverso): _____ Prov. (____)

N° telefonico _____ E-mail _____
In maiuscolo

Dichiara sotto la propria responsabilità che, negli ultimi 14 giorni:

- non ha presentato anche uno solo dei seguenti **sintomi**: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto;
- non ha avuto un **contatto stretto** con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- non ha avuto un **contatto stretto** con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.);
- non è stato sottoposto a **regime di quarantena** e non ha ricevuto **disposizioni di isolamento domiciliare** per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Si impegna inoltre a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.

Data _____ Firma leggibile _____

**L'autodichiarazione è valida fino a quando i requisiti dichiarati restano invariati.
Va esibita la check-point e consegnata ai desk di piano a cura
del Visitatore/Caregiver/Accompagnatore/Utente.**