



EMERGENZA SANITARIA COVID19 – ACCESSO IN STRUTTURA **PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO**

La/Il sottoscritta/o (nome/cognome) _____
in qualità di coniuge figlia/o nipote AdS/Tutore altro (specificare) _____
della/del Sig.a/Sig. _____ n. ____ / ____ / ____

Visto l'art. 9 del DL 22 aprile 2021 n. 52;
Vista l'Ordinanza del Ministero della Salute del 8 maggio 2021;
Visto il Protocollo operativo circa le visite e gli accessi in struttura pubblicato nel sito istituzionale della Casa di Riposo e disponibile presso la stessa;

al fine di effettuare l'accesso presso la Casa di Riposo sopra indicata per effettuare la visita programmata

DICHIARA

1. di essere in possesso della certificazione verde COVID 19 di cui all'art. 7 del DL 24 dicembre n. 122 in corso di validità. A tal fine esibisce al personale della struttura la relativa documentazione che in calce ne attesta l'idoneità e la validità.

2. di accettare di essere sottoposto alla misurazione della temperatura e di non essere in alcuna delle condizioni riconducibili a COVID-19: febbre, tosse, dispnea, perdita o diminuzione dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto, vomito o diarrea;

3. di rispettare le norme igienico sanitarie e le altre misure di sicurezza disposte dalla Direzione della struttura nel protocollo citato in premessa e richiamante nel locale di effettuazione della visita (igiene delle mani, distanziamento, utilizzo FFP2, ecc.);

4. di essere a conoscenza che potrà avere contatto fisico con il proprio familiare/conoscente solo se questi risulta vaccinato e che, a tal fine, si atterrà alle indicazioni fornite dal personale della struttura, evitando in ogni caso di baciare, abbracciare o permanere a stretto contatto, provvedendo, comunque, ad effettuare l'igiene delle mani a conclusione della visita;

5. di essere a conoscenza dei rischi infettivi da SARS-CoV-2 che possono derivare dalle visite agli ospiti della struttura;

6. di essere a conoscenza delle misure disposte dalla Direzione della struttura ai fini del contenimento del rischio infettivo da SARS-CoV-2 specificate nel protocollo operativo pubblicato nel sito istituzionale della struttura e/o comunque a disposizione nella stessa;

7. di impegnarsi a segnalare immediatamente alla Direzione Sanitaria della struttura l'eventuale insorgenza di sintomatologia sospetta COVID19 o conferma di diagnosi COVID19 nelle due settimane successive alla visita;

8. di essere a conoscenza che l'accesso verrà riportato in apposito registro che sarà tenuto dalla struttura per 14 giorni e di autorizzare a tal fine il trattamento dei dati personali ivi riportati.
In fede.

Data ____ / ____ / 2022

Firma _____

La/Il sottoscritta/ _____ ATTESTA di aver preso visione della certificazione verde COVID19 dell'interessata/o e precisamente

completamento ciclo primario + dose Booster (terza dose);

completamento ciclo primario + tampone antigenico o molecolare effettuato nelle 48 ore precedenti la visita (seconda dose + tampone);

guarigione + tampone antigenico o molecolare effettuato nelle 48 ore precedenti la visita (seconda dose + tampone);

e di averla ritenuta VALIDA in quanto rispettosa delle previsioni dell'art. 9 del DL 22 aprile 2021 n. 52.

Data ____ / ____ / 2022

Firma _____