



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ (____)

Residente in _____ (____) via _____ Telefono _____

Domiciliato in _____ (____) via _____

Identificato a mezzo _____ N° _____ rilasciato da _____ In data _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

Visti:

- La determina n.10742 del 24/06/2020 del Direttore generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna;
- il decreto n. 144 del 13 luglio 2020 del Presidente della Regione Emilia Romagna recante "Ulteriore ordinanza ai sensi dell'art. 32 della legge 23/12/1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da Covid-19";
- la nota prot 521476 del 24/07/2020 del Direttore generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere:

familiare _____
(specificare grado parentela)

altro soggetto _____
(specificare)

del degente Sig. _____ al quale intende fare visita nel reparto di _____ dell'Ospedale di _____;

che negli ultimi 14 giorni:

- **non** ha avuto contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (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
- **non** è rientrato da paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art.6 comma 2 del DPCM 11 giugno 2020, (per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia)
- **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.

li _____

Firma del dichiarante

Il Funzionario ricevente

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

L'interessato potrà prendere visione dell'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679) collegandosi al sito www.ausl.fe.it al link <https://www.ausl.fe.it/azienda/staff-direzionali/servizi-di-staff/affari-general-e-di-segreteria/affari-istituzionali/privacy-policy/la-privacy-nellazienda-usl-di-ferrara>

N.B. = In caso di presenza di criteri epidemiologici e/o clinici i visitatori saranno invitati a tornare al proprio domicilio e a contattare il proprio medico di medicina generale.