

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	Autodichiarazione per l'accesso di visitatori e accompagnatori in struttura ospedaliera	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
R543 Rev.1 data applicazione 10/11/21 Pag. 1 a 2		

Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 144 13 luglio 2020, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021 Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____

Comune di residenza (o domicilio se diverso): _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

Dichiara

sotto la propria responsabilità di essere incluso in una delle seguenti eccezioni, in quanto accompagnatore/visitatore di:

- utente/paziente con riconoscimento di disabilità (legge 104 del 05/02/1992)
- utente/paziente minore
- donna in stato di gravidanza
- utente/paziente con disabilità fisica, psichica o cognitiva non certificata che ne richiedano il supporto

Dichiara

inoltre sotto la propria responsabilità che negli ultimi 14 giorni:

- non ha presentato sintomi simil-influenzali, raffreddore, altri sintomi respiratori, dolori muscolari diffusi, 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 è stato sottoposto a regime di quarantena e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19.

Data

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DAI PERSONALI

I dati forniti con il presente modulo sono trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ed in ossequio alle disposizioni della suindicata Ordinanza regionale.

Per ulteriori informazioni a riguardo rivolgersi al Titolare del trattamento, Domus Nova SpA, inviando una e-mail al responsabile protezione dati all'indirizzo **dpo@domusnova.it**.