



**Autodichiarazione per l'accesso di visitatori e accompagnatori in reparto ospedaliero**

**Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza a quanto previsto dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del 13 luglio 2020 e del Decreto-legge n. 52 del 22 aprile 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 che:**

- è in possesso di certificazione verde COVID-19/Green pass COVID-19; *oppure*
- ha ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID-19 da almeno 15 giorni; *oppure*
- ha completato il ciclo vaccinale anti COVID-19 da non oltre 9 mesi; *oppure*
- è guarito da COVID-19 da non più di 6 mesi; *oppure*
- si è sottoposto nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione di SARS-CoV-2 con esito negativo; *oppure*
- nessuno dei casi precedenti.

**dichiara inoltre 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;
- negli ultimi 14 giorni non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- negli ultimi 14 giorni 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.);
- negli ultimi 14 giorni 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.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_