

AUTODICHIARAZIONE DEL PAZIENTE
ATTESTANTE ASSENZA DI POTENZIALE CONTAGIOSITÀ PER COVID-19

Gentile utente,

Nel rispetto della normativa vigente, la informiamo che in questa struttura sono applicate le necessarie precauzioni igieniche e di distanziamento.

In particolare:

- **igienizzazione** degli ambienti e delle superfici
- **distanziamento sociale** negli Ambulatori di visita e nelle Sale Operatorie
- limitazione a **un solo accompagnatore** (quando necessario)
- **osservanza delle norme igienico-sanitarie**, comprendenti l'utilizzo di guanti monouso, mascherine chirurgiche, igienizzazione delle mani, disinfezione degli strumenti.

IL PAZIENTE PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO
DICHIARA

Il Sottoscritto.....

Nato il a.....

Residente a via..... n°.....

Telefono

1. di non avere in questo momento e di non aver avuto nelle 3 settimane precedenti la prestazione sanitaria i seguenti sintomi: raffreddore, tosse, mal di gola, febbre, difficoltà respiratorie, diarrea, vomito, alterazioni del gusto e/o dell'olfatto, congiuntivite
2. di non essere risultato positivo al coronavirus
3. di non avere conviventi positivi al coronavirus
4. di non essere stato a contatto con persone positive al coronavirus
5. di non aver partecipato a eventi di gruppo

Il Paziente

Luogo..... Data.....

