

**MODULO DI
AUTODICHIARAZIONE ACCESSO
UTENTI, VISITATORI,
ACCOMPAGNATORI E CAREGIVER**



Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza al Decreto del Presidente della Giunta Regionale Emilia Romagna n. 144 del 13 luglio 2020, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021,

il/la sottoscritto/a _____ Data di nascita: _____

Comune di residenza (o domicilio se diverso): _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

dichiara 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;
- non** ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (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, 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.

Si impegna inoltre a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.

Parma, lì

Firma

.....