

Gentile utente/accompagnatore,

al fine di garantire la sicurezza di Utenti e del Personale del Consultorio vengono adottate le seguenti precauzioni: l'igiene degli ambienti e delle superfici, il distanziamento sociale nelle sale di attesa, negli ambulatori di visita e negli studi e la limitazione dell'accesso degli accompagnatori, dotati di green pass, a casi di effettiva necessità (massimo uno, esclusivamente per i soggetti minori e/o non autosufficienti).

Il / la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ Via/P. zza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

consapevole dell'emergenza per SARS-CoV-2e dei rischi generali di contagio, ai sensi della legge e degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (*)

- di NON avere avuto nelle 3 settimane precedenti la prestazione: febbre, tosse e altri sintomi respiratori tra cui mal di gola, dispnea a riposo e/o sotto sforzo, alterazioni del gusto o dell'olfatto, congiuntivite, diarrea, vomito e disturbi gastro-intestinali
- di NON essere stato/a in contatto e/o di NON essere consapevole di essere stato/a a contatto con soggetti affetti da coronavirus o con i sintomi precedentemente indicati
- di NON essere consapevole di propria eventuale positività al coronavirus SARS-CoV-2
- di NON trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria o forzata
- di NON essere stato/a sottoposto/a a test per la presenza di coronavirus SAR-CoV-2 o che l'ultimo test effettuato è risultato negativo

(*) La prestazione prenotata non potrà essere eseguita qualora ricorra una delle situazioni elencate

• Luogo e data _____

• Il Paziente/Tutore _____