



Checklist di valutazione all'ingresso del familiare, parente, visitatore

Secondo quanto disposto dall'ordinanza del Ministero della Salute del 8 maggio 2021, al familiare, parente o visitatore deve essere eseguita una verifica all'ingresso.

Le chiediamo pertanto di compilare e sottoscrivere la seguente checklist.

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a il ____/____/____ a _____ (____),

residente a _____ (____), via _____,

C.F. _____, contatto telefonico _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

- di essere in possesso di Certificazione Verde COVID-19 (di cui all'articolo 9 del Decreto-Legge 22 aprile 2021, n. 52, così come modificato dall'art. 14 del Decreto-Legge 18 maggio 2021, n. 65) e di averla esibita ai soggetti incaricati delle verifiche, prima della visita. I soggetti incaricati delle verifiche sono individuati nel personale in servizio al momento dell'ingresso del familiare/visitatore.
- di non presentare i seguenti sintomi:
 - o febbre (temperatura maggiore o uguale a 37.5°C) avendola accertata al momento dell'ingresso
 - o tosse
 - o astenia
 - o respiro affannoso
 - o difficoltà respiratorie
 - o dolori muscolari diffusi
 - o mal di testa
 - o raffreddore(naso chiuso e/o che cola)
 - o mal di gola
 - o congiuntivite
 - o diarrea
 - o vomito
 - o perdita del senso del gusto (ageusia)
 - o perdita del senso dell'olfatto (anosmia)
- negli ultimi 14 giorni:

1) ha avuto "contatti stretti", anche di tipo "indiretto" o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata da coronavirus (COVID-19) ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) ha avuto un contatto stretto con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5) è deceduto , inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

- di aver sottoscritto il "Patto di condivisione del rischio" e di rispettare le norme igienico-sanitarie per la prevenzione della diffusione di SARS-CoV-2, tra le quali: igiene delle mani, distanziamento, igiene respiratoria;
- di essere consapevole che tutte le misure adottate non eliminano il rischio infettivo;
- di rinunciare a ogni azione nei confronti dell'ISACC, dichiarando di accettare che, in caso di contagio di sé stesso o del familiare accolto nella residenza, l'ISACC non potrà essere ritenuto responsabile.

Le ricordiamo infine che il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e, in particolare, delle misure tecniche e organizzative adeguate di cui all'art. 32, par. 1 del Regolamento, e con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la relativa integrità, riservatezza e disponibilità. Per tutte le altre informazioni La invitiamo a prendere visione dell'informativa completa esposta in portineria.

Bassano del Grappa, _____

Il familiare, parente, visitatore
