



GENTILE UTENTE,
NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE E NELL'OTTICA DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA TRA MEDICO E PAZIENTE, LA INFORMIAMO CHE IN QUESTA STRUTTURA SONO APPLICATE LE NECESSARIE PRECAUZIONI PER LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-CoV2, PER CUI CHIEDIAMO ANCHE LA SUA COLLABORAZIONE.

IN PARTICOLARE È NECESSARIO:

- IL DISTANZIAMENTO SOCIALE IN TUTTE LE AREE DI ATTESA E NEGLI AMBULATORI DI VISITA
- L'OSSERVANZA DELLE NORME IGIENICO-SANITARIE, COMPRENDENTI L'UTILIZZO DI MASCHERINA E L'IGIENIZZAZIONE DELLE MANI
- LA LIMITAZIONE AD UN SOLO ACCOMPAGNATORE E SOLO SE INDISPENSABILE

AUTODICHIARAZIONE DELL'UTENTE

PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nato/a il..... a..... Residente a

via..... n°..... Telefono

RIFERISCE E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di non avere in questo momento e di non aver avuto nelle 2 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**
- **di NON essere attualmente risultato POSITIVO al Coronavirus**
- **di non avere CONVIVENTI POSITIVI al Coronavirus**
- **di non essere stato a CONTATTO con persone positive al Coronavirus**
- **di non aver partecipato a eventi di gruppo.**

Luogo..... **Data**.....

Firma dell'Utente.....