

CITTÀ DI CARPI SALA ESTENSE DI PALAZZO PIO	PROTOCOLLO DI SICUREZZA AZIENDALE ANTI-CONTAGIO COVID-19	Rev.01 del 21.09.2020
		Pagina 28 di 30

## ALLEGATO 6. AUTODICHIARAZIONE PER L'ACCESSO SCHEDA DI SCREENING PER INGRESSO DI VISITATORI

È necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza per tutti i presenti. Le chiediamo pertanto di rispondere alle seguenti domande:

### Negli ultimi 14 gg:

- ha avuto un contatto stretto\* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
- è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?

\* I contatti stretti di casi sospetti, probabili o confermati di COVID-19, negli ultimi 14 giorni, sono definiti come coloro che:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

### N. B.

La persistenza negli ultimi 14 gg. di almeno un fattore tra quelli sopra elencati comporta il divieto di accesso agli spazi e alle attività.

**Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?**

febbre (temperatura  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ )

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tosse                                  | <input type="checkbox"/> congiuntivite                                       |
| <input type="checkbox"/> astenia                                | <input type="checkbox"/> diarrea   |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi               | <input type="checkbox"/> vomito  |
| <input type="checkbox"/> mal di testa                           | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea) | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore)        |
| <input type="checkbox"/> mal di gola                            | <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)   |

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)

Comune di Domicilio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

**In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura**

SI

NO

Motivo. \_\_\_\_\_

*Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)*

Nome Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 30 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto.*

*Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.*

*Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.*

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**N. B.**

**Per i minori di 16 anni l'autodichiarazione viene firmata da un adulto accompagnatore**