

# AUTOCERTIFICAZIONE

A seguito delle indicazioni delle autorità competenti  
sulle **"MISURE PRECAUZIONALI - POLMONITE DA NUOVO CORONAVIRUS"**

**Modulo triage per accettazione visitatori**

**Io sottoscritto/a** .....

**Parente/amico del/la sig./ra** .....

**Ricoverato presso la RSA Casa Divina Provvidenza – Opera Don Guanella via T. Grossi 18 – Como**

al fine di accedere alla struttura senza pregiudizi agli ospiti e al personale operante **dichiaro sotto la mia responsabilità:**

1. di non avere avuto febbre, tosse, disturbi respiratori e di non avere contattato il mio medico curante per la diagnosi e conseguenti provvedimenti nei 14 giorni precedenti l'odierno;
2. di non avere familiari e non avere aver avuto contatto stretto (faccia a faccia) o aver vissuto nello stesso ambiente chiuso con un caso confermato o sospetto di Covid-19, negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno;
3. di non essere stato contattato dalla mia ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da infezione da coronavirus (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario), negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno.

**Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata e acconsento il trattamento dei dati forniti conformemente a quanto previsto.**

**Como, DATA** .....

**IN FEDE**

.....