

**Procedura per la riapertura ai visitatori delle strutture eroganti, in regime  
residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie**

ALLEGATO 1.a

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA DI INGRESSO**

**Dati richiedente**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

**Dati ospite**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?

-Se la risposta è Sì è guarito? (con tamponi di controllo negativi?)

Sì NO  
Sì NO

È in quarantena?

Sì NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?

Sì NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?

Sì NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- |                                       |    |    |
|---------------------------------------|----|----|
| • Febbre/febbriola                    | Sì | NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie   | Sì | NO |
| • Malessere, astenia                  | Sì | NO |
| • Cefalea                             | Sì | NO |
| • Congiuntivite                       | Sì | NO |
| • Sangue da naso/bocca                | Sì | NO |
| • Vomito e/o diarrea                  | Sì | NO |
| • Inappetenza/anoressia               | Sì | NO |
| • Confusione/vertigini                | Sì | NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto    | Sì | NO |
| • Perdita di peso                     | Sì | NO |
| • Disturbi dell'olfatto e o del gusto | Sì | NO |

Data \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_

T° Corporea rilevata all'ingresso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma addetto alla rilevazione \_\_\_\_\_



**Procedura per la riapertura ai visitatori delle strutture eroganti, in regime  
residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie**

---

ALLEGATO 1.c

FACSIMILE FOGLIO INFORMATIVO

- **RICORDA DI INDOSSARE SEMPRE E CORRETTAMENTE LA MASCHERINA DURANTE LA PERMANENZA NELLA STRUTTURA**
- **IGIENIZZA SPESSO E ACCURATAMENTE LE MANI**
- **MANTIENI SEMPRE LA DISTANZA DI SICUREZZA EVITANDO CONTATTI STRETTI CON I DEGENTI**
- **MANTIENI SEMPRE LA DISTANZA DI SICUREZZA EVITANDO CONTATTI STRETTI (ABBRACCI, STRETTE DI MANO ETC.) ANCHE CON IL PROPRIO CONGIUNTO**