

VOLUNTAS ET STUDIUM s.r.l.
Viale Jonio 63/63a – 74017 Mottola (TA)
TEL .- FAX 099-8863401
www.villafrancesco.it
E-MAIL villafrancesco2009@libero.it
P.E.C. voluntasetstudium@pecimprese.it



REGIONE
PUGLIA

R.S.S.A

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL
BENESSERE ANIMALE
Direzione

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA INGRESSO NELLA
STRUTTURA**

RESIDENZIALE

Dati del richiedente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di residenza _____ via _____

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Via _____ Tel. _____

email _____

Dati ospite

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Ha avuto una diagnosi da COVID-19? SI NO

Se la risposta è SI: è guarito? (tamponi di controllo negativi) SI NO

E' in quarantena? SI NO

Ha effettuato vaccinazione COVID? SI NO

Data 1° dose _____ data 2° dose _____

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

www.regione.puglia.it

Direzione - Via Giovanni Gentile n. 52 - 70126 Bari -PEC: area.salute.regione@pec.rupar.puglia.it

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

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

Febbre/febbre SI NO

Mal di gola/Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO

Malessere, astenia SI NO

Cefalea SI NO

Congiuntivite SI NO

Sangue da naso/bocca SI NO

Vomito e/o diarrea SI NO

Inappetenza/anoressia SI NO

Confusione/vertigini SI NO

Perdita/ alterazione dell'olfatto SI NO

Perdita di peso SI NO

Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

Aritmia o episodi sincopali SI NO

Dichiara che all'atto della visita nella struttura il richiedente esibirà la Certificazione Verde COVID-19 ovvero la valida attestazione di una delle condizioni necessarie per il rilascio della stessa come da D.L. 52/2021

- avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
- avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
- effettuazione di test molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 effettuato entro le 48 precedenti.

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura SI NO

per la visita alla/al Sig.ra/Sig. _____

Altro 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 richiedente _____