



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

## AUTODICHIARAZIONE PER L'ACCESSO ALLE SEDI OSPEDALIERE AFFERENTI AL PRESIDIO OSPEDALIERO AZIENDALE PER LE VISITE AI DEGENTI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, **in qualità di parente e/o affine del ricoverato:**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

- non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
- non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- non è stato sottoposto a regime di quarantena e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19
- non è rientrato da paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 6 comma 2 del DPCM 11 giugno 2020, (per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia)
- non ha presentato anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_