

PATTO DI CORRESPONSABILITA' TRA ASSISTENTE FAMILIARE E DATORE DI LAVORO

Io sottoscritta/o _____

Nata /o il _____ a _____

Residente / domiciliata a _____

Sono consapevole di essere rientrata da un Paese per il quale, vista l'attuale situazione epidemiologica di COVID-19, è previsto **l'obbligo di autodichiararsi** al Dipartimento di Sanità Pubblica competente per territorio **utilizzando il link regionale** <http://salute.regione.emilia-romagna.it/rientro-estero> o utilizzando gli usuali canali, ai fini dell'autoisolamento di 14 giorni. Il Dipartimento di Sanità Pubblica eseguirà anche i tamponi naso faringei previsti come sottoindicato:

- 1° tampone all'arrivo e, se negativo, del 2° tampone al 7°-10° giorno o comunque entro la fine del periodo di isolamento;

Se il primo tampone ha esito negativo potrò trascorrere il periodo di isolamento presso l'abitazione della persona che assisto a condizione che l'alloggio consenta un corretto isolamento (disponibilità di una camera da letto ad uso esclusivo) e possibilmente di un servizio igienico dedicato.

Avuto l'esito negativo del 1° tampone nasofaringeo, in accordo con il mio datore di lavoro potrò trascorrere il periodo di isolamento fino al 2° tampone presso l'abitazione della persona che assisto impegnandomi a rispettare le corrette norme igienico-comportamentali durante tutto il periodo:

- misurare la febbre 2 volte al giorno
- rispondere alle telefonate degli operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica che monitorano le mie condizioni di salute e segnalare immediatamente la comparsa di sintomi (febbre, tosse, ecc.)
- utilizzare mascherina, guanti monouso, camice idrorepellente quando sono in contatto con la persona anziana
- sanificare il servizio igienico dopo ogni utilizzo (se vi è un unico servizio igienico disponibile)
- mantenere il distanziamento nei confronti dell'anziano, salvo le situazioni di necessità o di assistenza
- non mescolare gli effetti/oggetti personali della persona anziana con i miei
- non dormire nella stessa stanza

Luogo / data _____



Firma Datore di lavoro

Firma Assistente familiare
