

**AUTODICHIARAZIONE DEL PAZIENTE  
ATTESTANTE ASSENZA DI POTENZIALE CONTAGIOSITÀ PER COVID-19**

NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA A SOSTEGNO DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA TRA MEDICO E PAZIENTE, LA INFORMIAMO CHE IN QUESTA STRUTTURA SONO APPLICATE LE NECESSARIE PRECAUZIONI PER IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DELLA COVID-19

In particolare:

- azioni inerenti l'igiene degli ambienti e delle superfici
- distanziamento come da disposizioni di Legge negli Ambulatori di visita e nelle Sale Operatorie
- limitazione a un solo accompagnatore (quando necessario)
- osservanza delle norme igienico-sanitarie, comprendenti l'utilizzo di mascherine chirurgiche, igienizzazione delle mani, disinfezione degli strumenti.

**PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO**

Il Sottoscritto.....

Nato il ..... a.....

Residente a ..... via..... n°.....

Telefono .....

**DICHIARA**

- 1. di non avere in questo momento e di non aver avuto nelle 2 settimane precedenti la prestazione sanitaria i seguenti sintomi: raffreddore, tosse, mal di gola, febbre, difficoltà respiratorie, diarrea, vomito, alterazioni del gusto e/o dell'olfatto, congiuntivite**
- 2. di non essere risultato positivo al coronavirus negli ultimi 14 giorni**
- 3. di non avere conviventi positivi al coronavirus negli ultimi 14 giorni**
- 4. di non essere stato a contatto con persone positive al coronavirus negli ultimi 14 giorni**
- 5. di non aver partecipato a eventi di gruppo negli ultimi 14 giorni**

Il Paziente .....

**Luogo..... Data.....**