ASP Azienda Pubblica di Servizi alla Persona	**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA SINTOMI/CONTATTI STRETTI COVID-19**	**MD 7.5.51**

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE DA COMPILARE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA

Modello Ministero della Salute (Rapp. ISS Covid -19 n. 4/2020 Rev.)

DESTINAZIONE: **.....**

Le persone anziane sono la popolazione fragile per eccellenza che bisogna proteggere in tutti i modi nel corso dell'epidemia da Coronavirus (SARS-CoV-2). Nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali sono ospitati anche soggetti con patologie croniche, affette da disabilità di varia natura o con altre problematiche di salute; anche queste persone sono da considerarsi fragili e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave se colpite dalla malattia (COVID-19). Pertanto, è necessaria la massima attenzione anche nei confronti di questi soggetti. Per questi motivi, l'accesso di parenti e visitatori alla struttura è limitata a soli CASI ECCEZIONALI (es. situazioni di fine vita) autorizzati dalla Direzione sanitaria, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione (DPCM n. 9 marzo 2020 art.2, comma q).

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

SI NO

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- febbre
- tosse secca
- respiro affannoso/difficoltà respiratorie
- dolori muscolari diffusi
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- perdita del senso del gusto (ageusia)
- perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)

(*) Nota: _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____ Comune di Residenza _____

Via _____ Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)

_____

Contatto telefonico _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data_____ Firma _____

PREPARATO DA: RGQ	**APPROVATO DA: DIR**