

MGF.80b Rev. 2 Novembre 2021 Pag. 1/1	DIREZIONE MEDICA SOCIO ASSISTENZIALE	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione Medica
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSI IN STRUTTURA		



Il sottoscritto Sig.ra/ Sig. _____ nato a _____

il _____ C.F. _____ residente in _____

Mail _____

In qualità di: Familiare conoscente Tutore Curatore Amministratore di sostegno Altro

Del sig. Sig.ra _____

Ospite/Paziente c/o _____

visto l'ordinanza del Ministero della Salute dell'8 maggio 2021

RICHIEDE

Di essere autorizzato a accedere alla struttura per visitare il proprio conoscente o coniunto.

DICHIARA

- Avere preso visione di quanto riportato nella Nota Informativa per l'incontro in sicurezza con residenti e degenti della struttura.
- Avere sottoscritto il Patto di corresponsabilità per la condivisione del rischio
- Di avere compreso le informazioni ricevute e gli impegni sottoscritti e di non avere bisogno di informazioni ulteriori.
- Di essere in possesso della certificazione verde rilasciata a seguito della somministrazione della dose di richiamo successivo al ciclo vaccinale primario; nel caso non sia ancora stata somministrata la dose booster o il green pass sia stato ottenuto in seguito a guarigione, di essere consapevole che per l'accesso in struttura occorre presentare l'esito di un test antigenico rapido o molecolare negativo, eseguito nelle quarantotto ore precedenti l'accesso che andrà esibito ad ogni ingresso.

Luogo e Data _____ Firma _____

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE SANITARIA PER APPROVAZIONE

In considerazione della richiesta espressa da parte del/della Sig. Sig.ra _____

La Direzione Sanitaria autorizza / non autorizza le visite presso la struttura.

LA DIREZIONE SANITARIA