

MGF.80b Rev. 1 19 Maggio 2021 Pag. 1/1	DIREZIONE MEDICA SOCIO ASSISTENZIALE	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione Medica
<b>RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSI IN STRUTTURA</b>		



Il sottoscritto Sig.ra/ Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

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

Del sig. Sig.ra \_\_\_\_\_

Ospite/Paziente c/o il Centro **“Ettore Spalenza”** sito in Rovato via Golgi 1.

**E**

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 congiunto.

**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 di una delle seguenti documentazioni **che esibirà ad ogni ingresso:**
  - certificazione verde
  - certificato vaccinale (attestazione di prima dose eseguita da almeno 15 giorni)
  - certificato vaccinale (ciclo completo)
  - referto di tampone rino/oro faringeo effettuato secondo normativa vigente (48 ore precedenti)
  - certificazione di guarigione da COVID-19, rilasciato secondo normativa vigente

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_