

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

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 il reparto di degenza \_\_\_\_\_ del **Centro E. Bignamini di Falconara M.ma**

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

#### **RICHIEDE**

di essere autorizzato a accedere alla struttura **Centro E. Bignamini di Falconara M.ma** 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 \_\_\_\_\_