

MGF.80b Rev. 1 19 Maggio 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 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 _____