

<b>MGF.80b</b> Rev. 1 19 Maggio 2021 Pag. 1/1	<b>DIREZIONE MEDICA SOCIO ASSISTENZIALE</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> Centro Santa Maria alle Fonti Godiasco Salice Terme	
<b>RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSI IN STRUTTURA</b>			

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

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

Telefono \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

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

Del Sig. Sig.ra \_\_\_\_\_ Ospite/Paziente

c/o il Centro “**S. Maria alle Fonti**” sito in Viale Mangiagalli, 52 in Godiasco - Salice Terme (PV)

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 \_\_\_\_\_

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 la visita presso la struttura, la quale viene programmata in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

LA DIREZIONE SANITARIA

Dott.ssa Francesca Cantoni