

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

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