

MGF.80b Rev.0 2021	DIREZIONE MEDICA	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS POLO RIABILITATIVO SPECIALISTICO Via delle Matine Tricarico (MT)	
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 _____

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

RICHIEDE

Di essere autorizzato ad 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 (ciclo completo)
 - certificato vaccinale (attestazione di prima dose eseguita da almeno 15 giorni)
 - 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 _____