

MGF.80b Rev. 0 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 **Centro Ronzoni Villa-Don Gnocchi** in **Viale Piave, 12 a Seregno (MB)**

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
 - ☐ 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 _____