**Procedura aziendale straordinaria per Emergenza Coronavirus per pazienti**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in ingresso al Centro CeMeDi per prestazione ambulatoriale

**Dichiara,** sotto la propria responsabilità

* di non aver avuto contatti stretti o diretti con casi sospetti o confermati di COVID-19 negli ultimi quattrodici (14) giorni almeno
* di non avere, al momento attuale, sintomi sospetti per infezione da COVID-19 (insorgenza negli ultimi

giorni di **uno o più** dei seguenti sintomi: febbre >37.5°, tosse, mal di gola, manifestazioni respiratorie o simil influenzali)

* di sottoporsi consapevolmente alla rilevazione della temperatura corporea a mezzo personale Vs. incaricato
* di essere informato sulle raccomandazioni generali per la popolazione, diramate dal Ministero e presenti nel materiale informativo affisso nei luoghi comuni di questa struttura. (Per individuare il materiale informativo far riferimento al personale di reception o di sportello nella nostra struttura)
* di aver ricevuto informazione sulla procedura per accedere al centro e relative norme comportamentali

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_