



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**ravenna 33 srl**  
unipersonale  
Via Secondo Bini, 1 - 48124 Ravenna  
Tel. 0544 505900 - Fax 0544 505999  
C.F./P.IVA 02395320399

**AUTODICHIARAZIONE per VISITATORI/ACCOMPAGNATORI/CAREGIVER**

**Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 144 del 13 luglio 2020 , D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**

di essere accompagnatore/visitatore/caregiver di:

- utente/paziente con riconoscimento di disabilità (legge 5/02/1992, n. 104);
- utente/paziente < 18 anni;
- donne in stato di gravidanza/puerpere
- utente/paziente con disabilità fisica, psichica o cognitiva non certificata che ne richiedano il supporto;

**INOLTRE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:**

- non ha presentato anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre > 37.5°C, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto;
- non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 ;
- non ha avuto un contatto stretto con persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 ;
- non è stato sottoposto a quarantena e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

**A questo riguardo, dichiara di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo nei confronti del paziente:**

nome e cognome .....  
nato il ..... \.....\..... a .....

**Firma del dichiarante**

**Data** \_\_\_\_\_