

REGISTRO ACCESSO VISITA DEGENTI

Il/La Sottoscritto/a: _____ nato/a a: _____ il ___/___/___

residente a: _____ (_____) alla Via: _____ n° _____
Cognome e Nome

documento di riconoscimento: _____ n. _____

attestato di vaccinazione n. _____ / Tampone molecolare negativo effettuato
carta Identità – Patente – Altro

in data: ___/___/___ presso: _____

consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia sotto la mia responsabilità

DICHIARA

di non presentare: Febbre, Dispnea, Tosse o Starnuti, Rinorrea (naso che cola), Anosmia- Ageusia (non sento gli Odori - Sapori), di non essere stato a contatto con parenti o amici sottoposti a misure di sorveglianza sanitaria ovvero di isolamento domiciliare "Quarantena" per "Covid"; di conoscere e rispettare tutte le norme "anti-Covid", vincoli e divieti (per esempio: divieto di introdurre alimenti, etc.) e di rispettare ed eseguire tutte le indicazioni date al momento dal personale della Casa di Cura.

CHIEDE

in qualità di: _____ del paziente Sig./Sig.ra _____

(grado di parentela)
ricoverato U.F. 1 2 3 4 5 6 stanza _____ di accedere in struttura (nei luoghi stabiliti: terrazza) visita rispettando, con questo PATTO DI CORRESPONSABILITA', tutte le norme igienico-sanitarie per la prevenzione della diffusione di Sars-CoV2 (maschera facciale FFP2, igiene delle mani, distanziamento, etc.) nonché quanto dichiarato sopra.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Che i dati personali e particolari saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ("Regolamento" o "GDPR"), del D.lgs. 30/06/2003 n. 196 ("Codice Privacy"), e D.lgs. 101/2018 e loro successive modifiche ed integrazioni, e comunque della normativa vigente inerente al trattamento dei miei dati personali e particolari per le finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19. Il conferimento dei dati è necessario per accedere nella terrazza antistante l'ingresso della Casa di Cura e l'eventuale rifiuto impedirà l'accesso. Il tempo di conservazione sarà pari a 14 giorni successivi la data di accesso.

Non è consentito l'ingresso dei visitatori all'interno della struttura.

Coerentemente alle condizioni meteorologiche, a tutela della salute degli interessati, la Direzione si riserva il diritto in qualsiasi momento di non consentire l'accesso e l'utilizzo della terrazza per gli incontri anche se programmati.

Data ___/___/___ Firma _____

BOX					
<input type="checkbox"/> UF 1 – BOX 1	<input type="checkbox"/> UF 2 – BOX 2	<input type="checkbox"/> UF 3 – BOX 3	<input type="checkbox"/> UF 4 – BOX 4	<input type="checkbox"/> UF 5 – BOX 5	<input type="checkbox"/> UF 6 – BOX 6
ORARIO					
<input type="checkbox"/> 15:00 – 15:25					
<input type="checkbox"/> 15:30 – 15:55					
<input type="checkbox"/> 16:00 – 16:25					
<input type="checkbox"/> 16:30 – 16:55					

Data ___/___/___ Firma Coord. Inf. _____