

**AUTODICHIARAZIONE OBBLIGATORIA PER L'ACCESSO ALL'EVENTO  
(da consegnare all'ingresso)**

Il sottoscritto

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

tell/cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_.

Ai fini della valutazione per l'accesso alle strutture VIOLA PRODUZIONI SRL dichiara quanto segue:

D I C H I A R A

- Di provvedere quotidianamente a misurare la temperatura corporea riscontrando che questa sia inferiore a 37,5° C;
- Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere nel proprio domicilio in presenza di febbre oltre i 37,5° C o altri sintomi influenzali;
- Di essere a conoscenza del fatto che se dovessero insorgere sintomi influenzali o febbrile, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno della struttura;
- Di non aver consapevolezza aver avuto contatti diretti con soggetti risultati positivo al COVID- 19
- Di non aver effettuato viaggi da e per luoghi che hanno comportato un periodo di quarantena;
- Di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni, in primis il distanziamento interpersonale, ed osservare le regole di igiene attraverso il lavaggio frequente delle mani e l'adozione di tutte quei comportamenti corretti dal punto di vista dell'igiene.

per i pazienti che sono risultati covid + (soggetti che hanno effettuato un tampone naso-faringeo per ricerca di RNA virale risultato positivo)

S I D I C H I A R A

- Di aver avuto una guarigione clinica, ovvero 14 giorni di clinica silente
- Di essere stato sottoposto ad accertamenti di non infettività mediante tampone naso-faringeo RNA
- Di aver informato di quanto sopra il proprio medico curante

Luogo \_\_\_\_\_ Data / \_\_\_\_\_ /2021 Firma \_\_\_\_\_