

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>Direzione Sanitaria</p>	<p>COVID-19: Check-list per l'accesso dei visitatori presso le aree di degenza dell'Ospedale di Imola e dell'OsCo di Castel San Pietro Terme – ACCESSI SUCCESSIVI</p>	<p>MOD-COVID</p> <p>Rev. 00</p> <p>del Agosto 2020</p> <p>Pag. 1/1</p>
---	--	--

Dati anagrafici del visitatore	
NOME:	
COGNOME:	
RECAPITO TELEFONICO:	
PAZIENTE CHE RICEVE LA VISITA: (apporre etichetta identificativa del ricovero)	

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, che:

- Non sono mutate le condizioni rispetto a quanto precedentemente autodichiarato
- Sono mutate le condizioni rispetto a quanto precedentemente autodichiarato, nello specifico:

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi alle "Indicazioni per l'accesso ai reparti da parte dei visitatori dei pazienti ricoverati".

Data: _____

Firma del visitatore: _____

Il presente Modulo, debitamente compilato e firmato, deve essere consegnato al personale del reparto, come previsto dalla Ordinanza num. 144 del 13/07/2020 della Regione Emilia-Romagna.

Le presenti informazioni saranno conservate dall'Ausl per un periodo di almeno 30 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto.

Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.