

**AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ACCESSO AL CRO  
UTENTI, ACCOMPAGNATORI E PERSONALE DITTE ESTERNE**

La presente autodichiarazione deve essere esibita al personale di triage al momento dell'accesso ed è valida per l'intera giornata in cui viene compilata se l'accesso avviene nel medesimo reparto/servizio.

Il/La sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

RICHIEDE DI ACCEDERE ALL'ISTITUTO in qualità di (*barrare la casella corrispondente*):

<input type="checkbox"/> utente	<input type="checkbox"/> accompagnatore	<input type="checkbox"/> personale ditta esterna
---------------------------------	---	--

Ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 - n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. innanzi citato,

**DICHIARA**

(tutte le condizioni devono essere soddisfatte)

- non presentare / non aver presentato negli ultimi 14 giorni sintomatologia compatibile con COVID-19;
- non aver avuto contatto stretto negli ultimi 14 giorni con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 oppure che presentasse sintomi compatibili con COVID-19;
- non essere sottoposto a misura di isolamento/quarantena;
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite in merito al corretto comportamento da tenere durante la permanenza del reparto/struttura.

L'informativa completa sul trattamento dei dati è disponibile sul sito internet dell'Istituto all'indirizzo <https://www.cro.sanita.fvg.it/it/privacy/>

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_