

AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

- Parente/Affine
- Congiunto
- Legale rappresentante (amministratore di sostegno/tutore legale)

del/della sig./sig.ra _____ ricoverato/a presso la CPM "San Francesco"

Considerato che:

- ✓ le persone accolte all'interno della comunità rappresentano una popolazione fragile che bisogna proteggere in tutti i modi nel corso dell'epidemia da Coronavirus (SARS-CoV-2);
- ✓ nelle strutture comunitarie sono ospitati anche soggetti con patologie croniche, affette da disabilità di varia natura o con altre problematiche di salute;
- ✓ che anche queste persone sono da considerarsi fragili e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave se colpite dalla malattia (COVID-19);
- ✓ è pertanto necessaria la massima attenzione anche nei confronti di questi soggetti.

consapevole delle conseguenze di carattere civile e penale

dichiara

di essere stato/a informato dalla struttura in cui il/la predetto/a Ospite è ricoverato **in merito all'obbligo di comunicare prontamente alla struttura stessa (nella persona del Direttore sanitario e/o del medico e/o del referente Covid) l'insorgenza, nei 14 giorni successivi alla visita, della sintomatologia indicativa di infezione da SARS COV 2** (es. febbre, raffreddore, tosse secca, difficoltà respiratorie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto (ageusia), perdita della riduzione dell'olfatto (anosmia)).

La comunicazione dovrà essere fornita con tempestività utilizzando i seguenti recapiti e/o indirizzi:

1. Telefono: 0362/1908128
2. Direttore sanitario (dr.ssa Silvia Zanoni): cpmsanfrancesco@rsa-sanfrancesco.it
3. Referente Covid-19: (dr. Paolo Viganò): pvigano53@libero.it

Nova Milanese, lì _____

In fede _____