

 Ospedale San Camillo - Trento		<b>TRIAGE PER ACCESSO AI REPARTI</b>	
<b>CODICE</b>	<b>MOAQ_676</b>	Cognome _____	Nome _____
<b>REVISIONE</b>	0		
<b>DATA</b>	21/06/2021	Data nascita _____	
<b>PAGINA</b>	1 di 1		

**Io sottoscritto/a** (recapiti: telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_)

Indirizzo : \_\_\_\_\_

## DICHIARO:

- **di rispettare le indicazioni fornite dal personale**
- di essere in possesso di una Certificazione verde COVID-19 (di cui all'art. 9 del Decreto-Legge 22 aprile 2021, n.52) ovvero le certificazioni comprovanti (barrare la voce scelta)
  - possesso di certificazione verde/green pass COVID
  - aver ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID da almeno 15 giorni
  - di aver completato il ciclo vaccinale anti COVID da non oltre 9 mesi
  - di essere guarito da COVID da non più di 6 mesi
  - di essermi sottoposto/a nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione da SARS-CoV-2 con esito *negativo*
  - di aver controllato la TEMPERATURA all'ingresso registrando un valore inferiore a 37,5°C (\_\_\_\_\_)**
- **di non soffrire di sintomi suggestivi per infezione da COVID-19** (tosse, difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, mal di gola, ...)
- **di non essere stato/a a contatto con persone con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 o sottoposte a misure di quarantena o isolamento**
- **di seguire le indicazioni del personale su tempi e modi della visita nel rispetto delle necessità dei pazienti degenti**
- **di far visionare o consegnare la presente autodichiarazione al personale del reparto**

Firma \_\_\_\_\_

**Nota:** in caso di non possesso delle certificazioni sopra riportate è possibile contattare la coordinatrice del reparto per applicazione di diversa procedura di accesso