



**AUTODICHIARAZIONE PER VISITE A PAZIENTI DEGENTI**

(ARTT. 46 - 47 D.P.R. N. 445/2000)

**COGNOME NOME** \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
(paziente)

**REPARTO DI RICOVERO** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_),

via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

identificato a mezzo documento identità \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 7 del DPR N. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.,

vista la Delibera del Presidente della Regione Emilia Romagna N. 144 del 13 luglio 2020 "ULTERIORI ORDINANZA AI SENSI DELL'ART. 22 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833 IN TEMA DI MISURE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA LEGATA ALLA DIFFUSIONE DELLA SINDROME DA COVID-19",

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di **NON** essere sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario per COVID-19,
- di **NON** essere rientrato/a da meno di 14 giorni da paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 6 comma 2 del DPCM 11 giugno 2020, per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia,
- di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario sul rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo.

Ferrara, \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_  
(data)