



### **AUTODICHIARAZIONE per VISITATORI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso  
di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che negli ultimi 14 gg:

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID;
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, .. );
- Non ha frequentato ospedali e/o strutture residenziali per anziani;
- Non ha eseguito un tampone per COVID;
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare;
- Non è deceduto un suo familiare di primo grado in modo inaspettato;
- Non è rientrato in Italia da un Paese extraUE o ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un Paese extraUE.

**A questo riguardo, dichiara di attenersi alle indicazioni fornite dal personale sanitario nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo nei confronti del paziente:**

nome e cognome .....

nato il ..... \.....\..... a .....

\_\_\_\_\_  
Data e ora

**Firma del dichiarante**