

	AUTODICHIARAZIONE ASSISTENZA VOLONTARIA A PAZIENTI DISABILI	Rev.0.0 25/03/2021 Pagina 1 di 1
--	--	--

Il/la sottoscritto/a _____ **nato/a** _____

il _____ **residente a** _____

in via _____ **n°** ____

Consapevole del rischio di contagio cui si espone avendo richiesto di assistere il/la Si./Sig.ra

_____ **nato/a** _____

il _____ **residente a** _____

in via _____ **n°** ____

DICHIARA

- di riconoscere di poter essere a rischio di contrarre l'infezione da COVID 19;
- di sollevare l'organizzazione e i suoi dipendenti da qualsiasi responsabilità derivante direttamente o indirettamente da o correlata a infezioni, infortunio o morte che possa essere in relazione a COVID-19 durante la sua permanenza in ospedale come caregiver;
- di non essere sottoposto alla misura di quarantena ovvero di non essere risultato positivo all'infezione da SarS-CoV-2 ;
- di non aver avuto sintomi COVID-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5°, tosse, astenia, dispnea, ageusia, diarrea, mialgie) negli ultimi 14 giorni e di non essere stato in contatto diretto con un soggetto con COVID-19 o con sintomi COVID-19;
- di essere stato esaustivamente informato sul rischio di contagio e sulle misure di prevenzione dello stesso;
- di impegnarsi ad adottare e rispettare, per tutta la durata della permanenza in ospedale, le misure di prevenzione e protezione vigenti per la riduzione del rischio di contagio di SARS-Cov-2 previste dall'OMS e quelle specificate nelle istruzioni ricevute (ad es. igiene delle mani, utilizzo di mascherine, distanziamento dagli altri pazienti e dagli operatori ecc....)
- di impegnarsi ad adottare e rispettare, per tutta la durata della permanenza in ospedale, le misure di prevenzione e protezione vigenti per la riduzione del rischio di infezione non SARS-Cov-2 specificate nelle istruzioni ricevute (ad es. evitare di toccare o manipolare apparecchiature medicali e dispositivi medici, evitare di sedersi sui letti dei degenti, non portare fiori o piante all'interno dei reparti di ricovero ecc.....)

Dichiara inoltre di essere consapevole della possibilità di essere allontanato dal reparto qualora violi le predette istruzioni.

..... **Lì**

Il dichiarante

.....

Il Medico di U.O. che ha fornito le istruzioni

.....