



OPERA PIA “RAGGIO DI SOLE” – PADOVA

ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

Sede legale: Via 7 Martiri, 48 – 35143 PADOVA (tel. 049/8723206 fax 049/8723084)

e-mail: info@operapia-raggiolisole.it - PEC: raggiolisole@open.legalmail.it

Cod. Fisc. 80008230288 – Part. IVA 02324300280

Struttura Residenziale: CASA SOGGIORNO “A. DE GIOVANNI”

Via Pigiavento, 2 – 36021 BARBARANO MOSSANO (tel. 0444/886032 fax 0444/776079) casasoggiorno@operapia-raggiolisole.it

MODULO DI ACCESS POINT PER VISITATORI

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Comune di Residenza _____ indirizzo _____

Contatto telefonico _____ email _____

oppure

dati già in possesso dell’Ente

DICHIARA

Che negli ultimi 14 giorni

- non ha avuto contatto stretto o convivere con persona con diagnosi sospetta o confermata Covid-19
- non ha avuto contatto stretto con più persone (ufficio, lavoro, ecc.) con febbre o con sintomi compatibili al Covid-19
- non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per Covid-19

DI ESSERE IN POSSESSO di

- Certificazione della vaccinazione anticovid-19 effettuata il _____
(validità 9 mesi)
- Certificato medico attestante l’avvenuta guarigione da infezione Covid-19 con data _____
(validità 6 mesi)
- Tampone molecolare/antigenico effettuato in data _____ ora _____ (entro le 48 h precedenti la visita)

I dati vengono verificati dalla struttura

Presenta uno dei seguenti sintomi:

<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> dolori muscolari	<input type="checkbox"/> Anosmia(odore)
<input type="checkbox"/> congiuntivite	<input type="checkbox"/> Mal di testa	<input type="checkbox"/> Mal di gola
<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> Artmia o episodi sinco	<input type="checkbox"/> A-disgeusia (gusto)
<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> astenia	<input type="checkbox"/> Raffreddore

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all’accesso

SI NO per la visita del sig. _____

Firma dell’incaricato dell’Ente _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all’interno della struttura secondo modalità previste dal Regolamento UE 2016/679)

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all’Art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara l’attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

Data _____

Firma _____