

AUTODICHIARAZIONE (Per Operatori)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____ residente a _____
In qualità di _____ dipendente della Cooperativa _____,

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti,

DICHIARA

1. di acconsentire all'effettuazione dello screening per accertamento positività COVID -19 da parte dell'Area Vasta competente per territorio e di sottoporsi a screening periodico con cadenza almeno mensile;
2. non aver avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni, febbre, stanchezza e tosse secca, indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea;
3. non vivere nella stessa casa di un caso di COVID-19;
4. non aver avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
5. non aver avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
6. non aver avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
7. non essersi trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
8. non aver fornito assistenza diretta ad un caso di COVID19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.
9. Di non avere patologie che possano rappresentare fattore di rischio in caso di contagio per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare.

L'OPERATORE SI IMPEGNA

A mettere in atto tutte le misure preventive della diffusione delle malattie trasmesse per via respiratoria, e in particolare:

1. lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni a base di alcol per eliminare il virus dalle tue mani;
2. mantenere una certa distanza – almeno due metri – dalle altre persone;
3. evitare di toccarti occhi, naso e bocca con le mani;
4. evitare abbracci e strette di mano;
5. starnutire o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie;
6. evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri;
7. non prendere farmaci antivirali e antibiotici, a meno che siano prescritto dal medico;
8. pulire le superfici con disinfettante a base di cloro e alcol;
9. usare i DPI
10. a comunicare tempestivamente qualsiasi cambiamento rispetto alle dichiarazioni sopra fornite al proprio datore di lavoro

Se presenta febbre, tosse o difficoltà respiratorie e sospetti di essere stato in stretto contatto con una persona affetta da malattia respiratoria Covid-19: è fatto d'obbligo rimanere in casa, non recarsi al pronto soccorso o presso gli studi medici ma chiamare al telefono il medico di famiglia, il pediatra o la guardia medica. Oppure chiamare il numero verde regionale.

Fermo _____

AUTODICHIARAZIONE (Per assistito)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____

Per se stesso e per il beneficiario dell'intervento Sig. _____

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti

DICHIARA

1. Di aver acconsentito all'attivazione del servizio in presenza, con l'Equipe di riferimento;
2. di acconsentire all'effettuazione dello screening per accertamento positività COVID -19 da parte dell'Area Vasta competente per territorio e di sottoporsi a screening periodico con cadenza almeno mensile;
3. di non aver avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni, febbre, stanchezza e tosse secca, indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea;
4. di non vivere nella stessa casa di un caso di COVID-19;
5. di non aver avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
6. di non aver avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
7. di non aver avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
8. di non essersi trovato/a in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
9. di non aver fornito assistenza diretta ad un caso di COVID19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.
10. di non avere patologie che possano rappresentare fattore di rischio in caso di contagio per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare.

INOLTRE SI IMPEGNA

A mettere in atto tutte le misure preventive della diffusione delle malattie trasmesse per via respiratoria, e in particolare:

1. lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni a base di alcol per eliminare il virus dalle tue mani;
2. mantenere una certa distanza – almeno due metri – dalle altre persone;
3. evitare di toccarti occhi, naso e bocca con le mani;
4. evitare abbracci e strette di mano;
5. starnutire o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie;
6. evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri;
7. non prendere farmaci antivirali e antibiotici, a meno che siano prescritto dal medico;
8. pulire le superfici con disinfettante a base di cloro e alcol;
9. usare i DPI
10. Di avvisare l'operatore, in sede di Triage Telefonico, se vi sono stati mutamenti dello stato di salute all'interno del nucleo familiare, rispetto alle dichiarazioni sopra rilasciate

Se presenta febbre, tosse o difficoltà respiratorie e sospetti di essere stato in stretto contatto con una persona affetta da malattia respiratoria Covid-19: è fatto d'obbligo rimanere in casa, non recarsi al pronto soccorso o presso gli studi medici ma chiamare al telefono il medico di famiglia, il pediatra o la guardia medica. Oppure chiamare il numero verde regionale.

Dichiara inoltre di essere consapevole che l'attivazione del servizio in presenza, pur nel rispetto di tutte le prescrizioni in tema di prevenzione da Covid -19 comporta l'assunzione di un rischio non quantificabile di possibile contagio.

Fermo li _____
