

**ISTRUZIONE OPERATIVA  
PER L'ACCESSO DI UTENTI E ACCOMPAGNATORI  
NELLE STRUTTURE AMBULATORIALI**

ALLEGATO. 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

MOD.IO.29/2021\_COV.V.01.01

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 e dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI**

- **Non** aver avuto febbre e/o sintomi (es. tosse, respiro affannoso, raffreddore, perdita di gusto e olfatto ecc..) riferibili a infezione da Sars CoV-2 negli ultimi 14 giorni
- **Non** essere in isolamento fiduciario domiciliare per infezione da Sars CoV-2
- **Non** essere entrato in contatto con un caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

---

**PER VISITA PAZIENTI  
COMPILARE E CONSEGNARE IN REPARTO**

NOME E COGNOME DELLA PERSONA RICOVERATA \_\_\_\_\_

---