

DICHIARAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a _____
il _____ Residente in _____ (____) Via _____ n. _____
Num. Cell e mail _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' consapevole delle Conseguenze penali previste di dichiarazioni mendaci (art.495 c.p.)

Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Sars Covid-19 e di non essere stato affetto negli ultimi 14 giorni da sintomi come :

- febbre superiore a 37,5°
- tosse
- raffreddore
- difficoltà respiratorie
- dolori muscolari , mal di testa , sintomi intestinali
- di non essere soggetto/a all' applicazione di misure di quarantena, di non essere stato/a a contatto negli ultimi 14 giorni con persone che mostravano sintomi come elencati nei punti precedenti, di non essere stato/a a contatto negli ultimi 14 giorni con persone confermate con tampone al SARS COVID-19 come descritte secondo il D.L.25-03-20 n. 19 Art.1 comma 2.d.

Lo studio, applicherà delle misure di sicurezza, per tutelare sia i pazienti che gli stessi operatori. Prima di entrare nella sala d'attesa il paziente deve indossare mascherina, copriscarpe e guanti.

Lo studio per prevenire il rischio di contagio si assume, d'altra parte , il dovere di eseguire e attuare costantemente le norme dettate dal D.L.25-03-20 n.19 Art.1 comma 2.bb e dal D.L.25-03-20 n.19 Art. 1 comma 2gg ; tutte queste procedure non possono tuttavia, escludere la possibilità di contagio al Covid 19. Si richiede infine di accedere alla struttura con mascherina senza esser accompagnati ad eccezione di disabili e minori.

Barletta _____

Firma Paziente

Firma Operatore
