



Questionario accesso Visitatore

I dati conferiti sono trattati secondo la normativa vigente e conservati per 15gg. I Dati sanitari sensibili del Visitatore sono conferiti alla RSA in modo volontario e unicamente per l'accesso alla Visita. Informativa privacy disponibile sul sito www.villasantamonica.it. Il Dichiarante o Visitatore:

Nome: _____ Cognome: _____ ;

Data e Luogo di Nascita: _____ ;

In Visita per il Sig./Sig.ra: _____ ;

Consapevole delle conseguenze Penali e Civili su Dichiarazione Mendaci Dichiaro che, Negli Ultimi 15gg:

- Ha avuto un contatto stretti con casi positivi o probabili COVID? **Si** **No**
- Ha avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, etc...); **Si** **No**
- Ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ...); **Si** **No**
- Ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena; **Si** **No**
- È rientrato in Italia da un paese estero che prevede la quarantena o l'isolamento che non ha effettuato in deroga alle disposizioni? **Si** **No**

Inoltre, il Dichiarante, dichiara di presentare o non presentare i seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi; **Si** **No**
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, raffreddore, mal di gola o difficoltà respiratorie; **Si** **No**
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.); **Si** **No**
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia). **Si** **No**

Il dichiarante inoltre: acconsente alla Misurazione della temperatura corporea; dichiara di aver compreso le regole di Distanziamento Sociale indicate dagli Operatori al momento dell'Accesso alla Struttura e pubblicate sul sito e dichiara che rispetterà le suddette regole per il contenimento di eventuali contagi.

Il Dichiarante si impegna a informare la RSA se nei 15gg successivi alla visita dovesse presentare dei sintomi assimilabili al Covid-19 o se risultasse positivo ad un Tampone.

Bagno A Ripoli, _____ /2021
L'operatore che ha verificato all'accesso
(Firma Leggibile)

Il Dichiarante

Spazio Riservato all'Operatore che Verifica l'accesso. Compilare in caso di Verifica effettuata tramite l'App "Verifica C-19".

Il sottoscritto (Nome e Cognome dell'Operatore) _____, tramite l'applicazione sopra descritta ha verificato la Certificazione Verde Presentata dal Visitatore con esito **Positivo (Certificazione Valida)** **Negativo (Certificazione NON Valida)** . L'Operatore suddetto ha verificato, tramite un documento di identità valido che la certificazione corrisponde al Visitatore che la ha presentata. Con esito negativo è negato l'accesso.

Firma dell'Operatore
