**Allegato 1. Checklist di valutazione all’ingresso del visitatore**

L'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti. Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Negli ultimi 14 giorni:**

❏ ha avuto un contatto stretto\* o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

❏ ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?

❏ ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?

❏ ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?

❏ è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?

❏ è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?

**\* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:**

* + - hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano)
    - hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
    - hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti
    - si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro
    - sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all’insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell’isolamento.

**Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?**

❏ febbre (temperatura ≥37,5°C) - da accertare anche al momento dell’ingresso in struttura

❏ tosse

❏ astenia

❏ dolori muscolari diffusi

❏ mal di testa

❏ raffreddore

❏ mal di gola

❏ congiuntivite

❏ diarrea

❏ vomito

❏ aritmia (tachi o bradiaritmia) o episodi sincopali

❏ Anosmia (disturbi nella percezione di odore)

❏ A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)

**Esibisce la certificazione verde COVID-19 (DL 52/2021, art. 9), e precisamente certificazione in formato digitale da Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) o cartaceo comprovante:**

❏ lo stato di avvenuto completamento del ciclo vaccinale primario contro il SARS-CoV-2 seguito dalla somministrazione della dose booster;

❏ lo stato di avvenuto completamento del ciclo vaccinale primario contro il SARS-CoV-2 seguito dalla avvenuta guarigione dall’infezione;

❏ lo stato di avvenuto completamento del ciclo vaccinale primario contro il SARS-CoV-2, nonché l’esito negativo di un test antigenico rapido o molecolare eseguito nelle 48 ore precedenti l’accesso.

In base alla verifica effettuata dal personale della struttura tramite l’applicazione VerificaC-19, è autorizzato all’accesso alla struttura:

❏ SI

❏ NO

per la visita alla/al Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o per altro motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)**

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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 le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.*

*Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara l’attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_