REGISTRO INGRESSO VISITATORI

Associata al Protocollo di sicurezza anti-contagio COVID-19 redatto dal RSPP

ACCESSO CONSENTITO PREVIO APPUNTAMENTO. SOLO SE MUNITI DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

	NON È CONSENTITO L'ACCESSO SE NELLE ULTIME DUE SETTIMANE:	**Hai avuto febbre, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, disturbi dell'olfatto**	**Hai avuto contatti stretti con pazienti affetti o sospetti Covid-19**

Data _____ **Ora di ingresso** _____ **Ora di uscita** _____

Cognome_____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di residenza _____Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Motivazione: ☐ Esercente la responsabilità genitoriale ☐ Per conto del Fornitore/Azienda ☐ Visitatore

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.) sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa e inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura (norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19).

Firma_____

✂---------- ✂----------✂----------✂----------✂----------✂

ACCESSO CONSENTITO PREVIO APPUNTAMENTO. SOLO SE MUNITI DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

	NON È CONSENTITO L'ACCESSO SE NELLE ULTIME DUE SETTIMANE:	**Hai avuto febbre, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, disturbi dell'olfatto**	**Hai avuto contatti stretti con pazienti affetti o sospetti Covid-19**

Data _____ **Ora di ingresso** _____ **Ora di uscita** _____

Cognome_____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di residenza _____Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Motivazione: ☐ Esercente la responsabilità genitoriale ☐ Per conto del Fornitore/Azienda ☐ Visitatore

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.) sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa e inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura (norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19).

Firma_____