



**ALLEGATO 1
ALLA PROCEDURA OPERATIVA**

PO Covid19 -7-18

**Progressivo ripristino delle attività assistenziali
fase 2**

Ed. 0 Rev.00
Data 10/06/2020

- originale
- copia controllata _____ N. _____
- copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ
- bozza

Il presente allegato viene compilato dal paziente che esegue un ricovero programmato.

Redazione

Dr. Emilia Fiscaro, Responsabile UO Rischio Clinico e Qualità staff Commissario ad Acta
Dr. Francesco Grasso Leanza, dirigente medico - staff Commissario ad Acta
Dott.ssa Angela Trovato, dirigente medico - staff Commissario ad Acta
Ing. Elisabetta Gerbino, dirigente ingegnere - staff Commissario ad Acta

Verifica

Dr. Emilia Fiscaro
Responsabile UO Rischio Clinico e Qualità

Approvazione

Dr. Giuseppe Liberti, Commissario ad Acta

Ratifica

Dr. Antonino Rapisarda, Direttore Sanitario

La presente procedura è l'edizione 0 rev.00 del 10-06-2020



**ALLEGATO 1
ALLA PROCEDURA OPERATIVA**

PO Covid19 -7-18

**Progressivo ripristino delle attività assistenziali
fase 2**

Ed. 0 Rev.00
Data 10/06/2020

AUTODICHIARAZIONE DEL PAZIENTE PER RICOVERO PROGRAMMATO

Il sottoscritto _____, nato il ____ / ____ / _____
a _____ (____), residente in _____ (____),
via _____ e domiciliato in _____ (____),
via _____, tel./cell _____
in programma di ricovero presso l'Unità Operativa di _____, consapevole delle
conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ❖ di non essere sottoposto alla misura della quarantena (ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19);
- ❖ di non convivere se single/coniugato con persone affette e/o in quarantena da COVID -19;
- ❖ di non aver avuto rialzi della temperatura corporea negli ultimi 8 giorni nè di avere avuto contatti con persone che li abbiano avuti;
- ❖ di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna.

A questo riguardo, acconsento inoltre che precedentemente al ricovero venga eseguito il seguente protocollo per la tutela della mia salute:

- 1) Rilevamento della temperatura.
- 2) Tampone orofaringeo / test sierologico.
- 3) In attesa dell'esito del tampone mi impegno ad adottare le misure di prevenzione, ovvero: distanziamento sociale, utilizzo dei DPI (guanti e mascherine), non avere contatti con persone che rientrano fra quelle sopra indicate.

Data.....

Firma del dichiarante



**ALLEGATO 1
ALLA PROCEDURA OPERATIVA**

PO Covid19 -7-18

**Progressivo ripristino delle attività assistenziali
fase 2**

Ed. 0 Rev.00
Data 10/06/2020

Redazione

Data 10-06-2020

Emilia Fiscaro

Emilia Fiscaro

Francesco Grasso Leanza

Francesco Grasso Leanza

Angela Trovato

Angela Trovato

Elisabetta Gerbino

Elisabetta Gerbino

Verifica

Data

Emilia Fiscaro

Emilia Fiscaro

Approvazione

Data

Giuseppe Liberti

Giuseppe Liberti

Ratifica

Data

Antonino Rapisarda

Antonino Rapisarda