

**AUTODICHIARAZIONE DEL PAZIENTE
ATTESTANTE ASSENZA DI POTENZIALE CONTAGIOSITA' PER COVID-19**

GENTILE UTENTE,

NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE A SOSTEGNO DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA TRA MEDICO E PAZIENTE, LA INFORMIAMO CHE IN QUESTA STRUTTURA SONO APPLICATE LE NECESSARIE PRECAUZIONI IGIENICHE E DI DISTANZIAMENTO.

In particolare:

- azioni inerenti l'igiene degli ambienti e delle superfici
- distanziamento sociale negli Ambulatori di visita e nelle Sale Operatorie
- limitazione a un solo accompagnatore (quando necessario)
- osservanza delle norme igienico-sanitarie, comprendenti l'utilizzo di guanti monouso, mascherine chirurgiche, igienizzazione delle mani, disinfezione degli strumenti.

**IL PAZIENTE PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO
DICHIARA**

Il Sottoscritto

Genitore di

Nato il a

Residente a Via n°.....

Telefono

1. di non avere in questo momento e di non aver avuto nelle 3 settimane precedenti la prestazione sanitaria i seguenti sintomi: raffreddore, tosse, mal di gola, febbre, difficoltà respiratorie, diarrea, vomito, alterazioni del gusto e/o dell'olfatto, congiuntivite

2. di non essere risultato positivo al coronavirus

3. di non avere conviventi positivi al coronavirus

4. di non essere stato a contatto con persone positive al coronavirus

5. di non aver partecipato a eventi di gruppo /viaggi all'estero

Il Paziente

per lo Studio Oculistico Manitto Maria Pia - via Stendhal 45 Milano

Luogo..... Data.....