



**ALLEGATO 1**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA INGRESSO NELLA STRUTTURA  
RESIDENZIALE**

<b>Dati richiedente</b>	
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Luogo di Nascita _____
Comune di residenza _____	via _____
Comune di domicilio(se diverso dalla residenza) _____	
Via _____	Tel. _____
email _____	

<b>Dati ospite</b>	
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Luogo di Nascita _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?	SI	NO
Se la risposta è SI: è guarito? (tamponi di controllo negativi?)	SI	NO
È in quarantena?	SI	NO
Ha effettuato vaccinazione COVID?	SI	NO
Data 1° dose _____	data 2° dose _____	_____

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?

SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?

SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- Febbre/febbricola SI NO
- Mal di gola/Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO



- |                                       |    |    |
|---------------------------------------|----|----|
| • Malessere, astenia                  | SI | NO |
| • Cefalea                             | SI | NO |
| • Congiuntivite                       | SI | NO |
| • Sangue da naso/bocca                | SI | NO |
| • Vomito e/o diarrea                  | SI | NO |
| • Inappetenza/anoressia               | SI | NO |
| • Confusione/vertigini                | SI | NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto    | SI | NO |
| • Perdita di peso                     | SI | NO |
| • Disturbi dell'olfatto e o del gusto | SI | NO |
| • Aritmia o episodi sincopali         | SI | NO |

Dichiara che all'atto della visita nella struttura il richiedente esibirà la Certificazione Verde COVID-19 ovvero la valida attestazione di una delle condizioni necessarie per il rilascio della stessa come da D.L. 52/2021

- avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
- avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
- effettuazione di test molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 effettuato entro le 48 precedenti.

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> per la visita alla/al Sig.ra/Sig. _____
<input type="checkbox"/> Altro motivo _____
Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)
Nome Cognome _____
Firma _____



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL  
BENESSERE ANIMALE**

Direzione

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 30 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 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

Data \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_