

Gentile Cliente/Paziente

In vista della visita da Lei richiesta, in applicazione della normativa finalizzata al contenimento della diffusione del virus COVID-19, La informo di quanto segue:

- 1) Lei ha l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
- 2) Qualora abbia avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva COVID-19, ha l'obbligo di darne comunicazione alle Autorità sanitarie territorialmente competenti le quali applicheranno la misura della quarantena con sorveglianza attiva, per giorni quattordici,
- 3) Recandosi il giorno della visita presso lo studio professionale accetta il fatto di non poter fare ingresso o di non poter permanere nei locali laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- 4) Qualora fosse già risultato positivo all'infezione da COVID 19 dovrà essere in possesso di certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.

Nome e cognome:

Data:

Firma: