

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'UTENTE/OPERATORE

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato /a a _____ il _____

Residente in _____ C.F. _____

In qualità di genitore /tutore/amministratore di sostegno di _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ C.F. _____

Oppure

In qualità di operatore

Assente dal _____ al _____

DICHIARA

Di aver consultato il Medico di Medicina generale/Pediatra di libera scelta Dott. _____
Il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

Chiede pertanto la riammissione presso I.S.A.H. Centro di Riabilitazione Polivalente e Casa di Riposo San Giuseppe

Il sottoscritto rilascia la dichiarazione consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.46DPR 445/2000

Luogo e data _____

Firma