



**MODULO  
COVID-Q**

**RICHIESTA DI USCITA DALLA STRUTTURA  
RIENTRO TEMPORANEO A DOMICILIO**

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE TRASMESSO O CONSEGNATO AGLI UFFICI AMMINISTRATIVI DELLA FONDAZIONE CON UN ANTICIPO-PREAVVISO DI UNA SETTIMANA RISPETTO ALLA DATA DI RIENTRO A DOMICILIO E/O USCITA DALLA STRUTTURA.**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Ospite \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il proprio congiunto possa rientrare al domicilio sopra specificato per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Che il proprio congiunto possa uscire dalla struttura per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

- a) di essere in possesso della Certificazione verde Covid-19;
- b) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti;
- c) che all'interno del nucleo familiare non c'è o non c'è stato un caso COVID-19 positivo accertato ovvero c'è stato un caso COVID 19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di tampone negativo;
- d) che all'interno del nucleo familiare nessuno è stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 10 giorni;
- e) che all'interno del nucleo familiare nessuno ha avuto negli ultimi 10 giorni contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza;
- f) che all'interno del nucleo familiare nessuno ha presentato negli ultimi 3 giorni sintomi simil influenzali (es. tosse, febbre superiore a 37,5°, ecc);
- g) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 11 giugno 2020.

**SI IMPEGNA**

a sottoscrivere il *Patto di condivisione del rischio* redatto dalla Fondazione.

Firma del dichiarante

Morbegno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il presente modulo sarà conservato dalla Fondazione Ambrosetti Paravicini nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali. (Informativa Privacy)*