

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | CENTRO SERVIZI CA' ARNALDI-NOVENTA VICENTINA  |                       |
|  | <b>PATTO DI RECIPROCA RESPONSABILITA'</b><br>Circolare Ministero della Salute 8 maggio 2021 | Giugno 2021<br>Rev. 1 |

La sottoscritta **PORTO ANNA MARIA** in qualità di Presidente /responsabile legale rappresentante della struttura residenziale CENTRO SERVIZI CA' ARNALDI– Via Fontana 60- NOVENTA Vicentina (VI) – tel 0444/887868  
DI SEGUITO INDICATO COME GESTORE

**E**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di (ospite/familiare.....) \_\_\_\_\_  
(in caso l'ospite non sia cognitivamente competente il patto di responsabilità reciproca verrà firmato da colui che firma il modulo di uscita dell'ospite dalla struttura che si assume tutti gli obblighi sotto elencati)

**Nella consapevolezza di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,  
SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA POSSIBILITÀ DI RIENTRO IN FAMIGLIA/USCITA DI \_\_\_\_\_,**

**Il sottoscritto ospite e/o familiare o altro (indicare) \_\_\_\_\_ dichiara** di aver preso visione dell'Ordinanza del Ministero della Salute dell'08 maggio 2021 e delle relative "Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale" e si impegna ad attenersi, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.

**In particolare l'ospite/ il familiare/altro \_\_\_\_\_,**

#### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- **che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale o nel quale verrà ospitato o si recherà l'ospite è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;**
- l'impegno ad auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle dei propri familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento e **quelle dell'ospite** (in caso di familiare/persona che accolga un ospite della struttura);
- di segnalare con tempestività alla struttura se lui stesso o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) o l'ospite della struttura o altra persona incontrata dall'ospite presenti, nel tempo di uscita dell'ospite o nei successivi 14 giorni, sintomi sospetti per infezione da Sars Cov 2 (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.);
  - di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato dell'ospite, nonché all'adozione di tutte le norme per la prevenzione della diffusione
  - di impegnarsi ad adottare e a far adottare, anche nei tempi e nei luoghi durante i quali l'ospite trascorre fuori dalla struttura residenziale, comportamenti di massima precauzione e il pieno rispetto di tutte le norme vigenti
  - di essere stato adeguatamente informato di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19

IL GESTORE, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, informa che:

- Le uscite dovranno essere concordate con congruo preavviso da parte dell'ospite e/o del familiare e/o altro e potranno essere autorizzate previa valutazione dello stato di salute e delle condizioni psicofisiche
- Al rientro verranno messe in atto misure di sorveglianza sanitaria che prevedono almeno il controllo della temperatura, l'esecuzione di tamponi di controllo e un periodo di permanenza in isolamento stabilito in almeno 5 giorni

IL GESTORE, dichiara di:

- di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per il rientro e ad adottare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionali;

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | CENTRO SERVIZI CA' ARNALDI-NOVENTA VICENTINA  |                       |
|  | <b>PATTO DI RECIPROCA RESPONSABILITA'</b><br>Circolare Ministero della Salute 8 maggio 2021 | Giugno 2021<br>Rev. 1 |

IL GESTORE, richiede inoltre al familiare o altra persona (specificare) \_\_\_\_\_, per acconsentire all'uscita/rientro a casa o l'ospitalità dell'ospite al di fuori della Struttura, che **VENGA PRESENTATA LA CERTIFICAZIONE VERDE COVID 19 O ALTRA ATTESTAZIONE CHE CERTIFICHIL IL POSSESSO DEI REQUISITI RICHIESTI RELATIVA A:**

- se stesso e persone conviventi con le quali l'ospite avrà contatti che vengono di seguito elencate: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL GESTORE raccomanda altresì di mantenere e/o far mantenere all'ospite i contatti con il solo nucleo familiare che accoglie l'ospite

**La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di vista giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché delle Linee Guida Nazionali e Regionali applicabili alle strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale.**

**NORME COMPORTAMENTALI PRECAUZIONI RACCOMANDATE per la prevenzione dell'infezione da SARS-COV-2.**

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa;
- mantenersi a distanza di almeno 1 metro dalle altre persone;
- utilizzo di mascherina sempre correttamente posizionata;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti (asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, cibo, ecc)

Il responsabile della Struttura residenziale

\_\_\_\_\_

**Per accettazione e impegno al rispetto**

|  |                        |
|--|------------------------|
| Cognome                                | Nome                   |
| Luogo di nascita                       | Data di nascita        |
| Comune di Residenza                    | Indirizzo di residenza |
| Domicilio (se diverso dalla residenza) |                        |
| Contatto telefonico                    |                        |
| e-mail                                 |                        |
| Codice fiscale                         |                        |

Firma dell'ospite/familiare/altro.....

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_