|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE PREVENTIVA DI PERSONE E FORNITORI CHE ACCEDONO ALLE STRUTTURE DELL’IZSVE** |

La presente dichiarazione deve essere compilata da ogni visitatore / fornitore **PRIMA** di accedere ai locali dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie – IZSVe, sede di Legnaro o Sezioni Territoriali.

..l.. sottoscritt… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat... il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

• di intervenire per conto dell’azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• di accedere alla struttura IZSVe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• di essere proveniente da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dal Decreto Del Presidente Del Consiglio Dei Ministri 9 Marzo 2020; “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.”

• di essere stato esposto a casi ACCERTATI (vivi o deceduti) □ SI □ NO

• di essere stato esposto A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (casi probabili) □ SI □ NO

• di aver avuto contatti CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI □ SI □ NO

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE PRECEDENTI DOMANDE O PRESENTANDO EVIDENTI SINTOMI LEGATI ALLA POSSIBILE INFEZIONE DA VIRUS COVID-19 (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE ANCHE NON ASSOCIATI A FEBBRE):

**È FATTO ASSOLUTO DIVIETO DI ACCESSO A TUTTE LE STRUTTURE DELL’IZSVE**.

Il sottoscritto s’impegna a segnalare tempestivamente eventuali sviluppi di contagio COVID-19 nelle due settimane successive alla presente data di accesso a:

Struttura IZSVe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Persona di riferimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Indicare i riferimenti da contattare della struttura IZSVe ricevente)*

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data verifica assenza di comunicazione (15 gg) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma dichiarante)

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione e di osservare quanto riportato nel presente decalogo.

