



Progetto "Care Giver"

Valutazione bisogno del Residente

NOMINATIVO DEL FAMIGLIARE "CARE GIVER"

Nome e cognome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Tel. _____

Grado di rapporto / parentela _____

Richieste/Disponibilità del familiare _____

NOMINATIVO DEL RESIDENTE

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ Nucleo _____

Medico di Medicina Generale _____

Il familiare "Care Giver Sig./Sig.ra _____

dichiara:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle modalità organizzative della struttura, sulle misure di sicurezza adottate dalla Casa e dei rischi connessi alle visite, per sé e per i Residenti;
- di collaborare con la Casa per ridurre i rischi di contagio al suo interno, in particolare di comprendere la necessità che, anche il Residente, durante la presenza del Care Giver, indossi la maschera ed eventuali altri DPI necessari, ove tollerati, e si attenga alle misure di distanziamento indicate dalla Direzione dell'Ente;
- di essere consapevole che, in caso di ulteriori motivate indicazioni, presenza di focolaio epidemico da Covid- 19, rischio epidemiologico territoriale, la presenza nella struttura potrà essere sospesa o modificata;
- di non accedere alla struttura qualora presenti qualsiasi sintomo riconducibile ad un'infezione da Covid-19, oppure qualora non abbia potuto assolvere allo screening (test/tampone anti Covid-19) prima dell'ingresso;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionali.

Data _____ Il familiare "Care Giver" _____

Riservato all'ufficio

NECESSITA E DEFINIZIONE DELLA PRESENZA DEL "CARE GIVER"

Nei giorni: L MA ME G V S D

Nei seguenti orari: dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

Per le seguenti attività: _____

Il Medico _____

Lo Psicologo _____

Resp.le di Modulo _____

Data _____

Visto: Il Direttore _____

Dichiarazione ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

in qualità di familiare / visitatore di soggetto ospitato presso una struttura residenziale della rete territoriale, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità personale

DICHIARA

di necessitare dell'esecuzione di un tampone antigenico di seconda / terza generazione, ai sensi dell'Ordinanza del Ministero della Salute dell'8 maggio 2021 ("Modalità d'accesso omissis presso le strutture residenziali della rete territoriale"), in quanto ha programmato un accesso presso la struttura residenziale / Centro Servizi : _____
per il giorno _____

Firma

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi del GDPR 11. 679/2016, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici.
esc/11siva111e11 fe 11ell'a111bito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

INDICAZIONI PER GLI INTERESSATI

I tamponi possono essere prenotati presso i Covid Point degli Ospedali di Adria, Rovigo, Trecenta, con le seguenti modalità:

- telefonando al n. **0425 1675501**, attivo 24 h su 24, con risponditore automatico; è consigliata la telefonata da telefono cellulare per la ricezione automatica di un sms di conferma dell'appuntamento;
- online tramite il sito dell'Azienda ULSS 5 Polesana (www.aulss5.veneto.it) - Servizi Online - Prenotazione / Disdetta accessi Covid Point Ospedalieri; per prenotare è obbligatorio l'inserimento di un n. di cellulare.

Si ricorda che l'accesso ai sopra menzionati Covid Point è consentito ai soli assistiti di Azienda ULSS 5 Polesana.