Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dovendo essere posto in isolamento fiduciario

**CHIEDE**

di essere ospitato gratuitamente presso la struttura Villa Zelosi sita in via dei Martiri n. 82 individuata dal Comune di Bassano del Grappa:

A tale scopo dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

* di trovarsi in situazione di criticità sociale:
* (specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

ovvero

di avere difficoltà logistiche di isolamento

(specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)



Il sottoscritto dichiara, infine, di essere completamente autonomo e di non necessitare di assistenza sanitaria o socio sanitaria, nonché di assumersi ogni responsabilità in ordine alla conduzione personale, sollevando ULSS 7 e la struttura ospitante da qualsivoglia obbligo ulteriore rispetto all’offerta di alloggio gratuita.

Il sottoscritto si obbliga ad utilizzare gli alloggi assegnati e i relativi arredi con la diligenza del buon padre di famiglia e di non arrecare molestie agli altri ospiti.

S’impegna altresì a rilasciare gli alloggi assegnati su richiesta dell’Azienda Sanitaria una volta venute meno le esigenze di isolamento sociale, consegnando gli stessi e i relativi arredi nelle medesime condizioni in cui si trovavano al momento dell’assegnazione.

S’impegna quindi a rispettare le regole dettate dalla sorveglianza sanitaria, ovvero le istruzioni igienico sanitarie.

S’impegna inoltre a rimanere presso la camera assegnata.

S’impegna infine a non uscire dalla struttura recettizia, prendendo atto che la stessa sarà sorvegliata dalle Forze dell’Ordine.

L’Azienda si riserva ogni azione presso le Sedi competenti, in caso di violazione dei suddetti impegni.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Medico inviante dichiara che il paziente è autosufficiente ed asintomatico. Data ultimo tampone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direzione dei Servizi Socio Sanitari

Centrale Operativa Territoriale tel. 800894455

e-mail: cot@aulss7.veneto.it