

**Allegato 2: "PATTO DI CORRESPONSABILITA'  
A FRONTE DELLE MISURE DI CONTRASTO E PREVENZIONE CONTRO LA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19  
PROGRAMMA RESIDENZIALE"**

Il sottoscritto (Nome e Cognome ) .....  
Nato/a il ..... a .....  
Residente in via ..... a .....  
ospite della comunità terapeutico-riabilitativa "Cerchio di Gesso " in regime residenziale **sottoscrivo** il seguente patto di corresponsabilità inerente le procedure messe in atto dalla comunità ospitante nel periodo di emergenza sanitaria in accordo con il servizio inviante e la normativa vigente a livello regionale e nazionale.

più specificatamente **DICHIARO**

- di essere stato informato delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna mediante attività di informazione circa le norme di prevenzione sia individualmente sia attraverso materiale a stampa;
- di rispettare le norme igienico sanitarie interne alla struttura (lavaggio e igienizzazione delle mani frequente, evitare ogni forma di contatto fisico quali strette di mano, baci e abbracci, necessità di tossire e starnutire coprendo naso e bocca con fazzoletti monouso o nella piega del gomito, evitare qualsiasi condivisione di oggetti ed effetti personali con altre persone, rispetto del distanziamento sociale durante tutte le attività);
- di monitorare quotidianamente attraverso il personale della comunità l'insorgenza di febbre e eventuali sintomi simil-influenzali mediante annotazione su apposito registro personale;
- di usare correttamente i DPI forniti dalla struttura ospitante;
- di rispettare le disposizioni nazionali e regionali in materia di prevenzione e contrasto alla diffusione del contagio da Covid.19 anche fuori dall'orario previsto dal progetto terapeutico individuale;
- di essere stato informato che devo astenermi dal frequentare spazi affollati, sagre, grandi eventi e/o qualunque altra forma di aggregazione e/o di gruppo;
- di essere stato informato che al rientro/ingresso in struttura si accederà attraverso il check-point ove si verrà sottoposti alla misurazione della temperatura corporea, verrà rilevata l'assenza di sintomi simil-influenzali , verrà effettuata l'igienizzazione delle mani e verranno forniti nuovi DPI.

Si specificano qui di seguito le attività concordate con il servizio inviante per la ripresa e il mantenimento del programma terapeutico fino alla fine dell'emergenza sanitaria:

Luogo, data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

L'ospite  
La responsabile di programma/Direttore Tecnico  
Referente/i Servizio inviante