

Allegato 4: "MODULO DISSENSO ISOLAMENTO DOMICILIARE PRESSO ALBERGO SANITARIO COVID HOTEL"

Inviare a: alberghi_sanitari@uslcentro.toscana.it

+ U.F. Igiene Pubblica e Nutrizione sede di:

Firenze Centro	malattieinfettiveigiene.firenze@uslcentro.toscana.it
Firenze Sud Est	malattieinfettiveigiene.firenzesudest@uslcentro.toscana.it
Firenze Mugello	malattieinfettiveigiene.firezemugello@uslcentro.toscana.it
Firenze Nord Ovest	malattieinfettiveigiene.firezenordovest@uslcentro.toscana.it
Pistoia e Val di Nievole	malattieinfettiveigiene.pistoia@uslcentro.toscana.it
Prato	malattieinfettiveigiene.prato@uslcentro.toscana.it

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente in (via, nr, città) _____
_____ documento di identità tipo _____
_____ numero _____ codice fiscale _____
_____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARO

di essere stata informat_ da _____ dell' Azienda USL Toscana Centro, che:

- **sono risultato positivo alla ricerca del SARS-CoV-2**
- **che devo sottopormi ad un periodo di isolamento domiciliare**
- che il soggiorno in Albergo Sanitario è fortemente consigliato per l'applicazione della misura dell'isolamento domiciliare
- che, in relazione all'isolamento sanitario mi sono stati illustrati: scopo del trattamento; rischi e inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona e per i suoi conviventi; benefici/svantaggi previsti; alternative possibili con rischi correlati; conseguenze sanitarie e giuridiche dell'inosservanza dell'isolamento domiciliare; durata del soggiorno e regime di presa in carico.
- In caso di dissenso, il sottoscritto è consapevole che rimanendo al proprio domicilio e non potendo garantire l'isolamento dal resto dei conviventi, tali conviventi sono destinatari di provvedimento di quarantena, in quanto contatti stretti, con il contestuale obbligo di rispondere alle telefonate del personale addetto alla sorveglianza, cesseranno il periodo di isolamento il 14° giorno successivo al termine dell'isolamento del congiunto o di 10 giorni con test antigenico o molecolare negativo.

In considerazione di quanto sopra, avendo avuto sufficiente tempo per maturare la decisione e consapevole che potrò sempre chiedere ulteriori informazioni, esprime il mio

DISSENSO

a sottopormi all'isolamento presso l'albergo sanitario Hotel Covid assegnato. Effettuerò l'isolamento presso _____

Data ___/___/___

Firma della persona soggetta a isolamento
