

Allegato 5: "MODULO DIMISSIONE DA ALBERGO SANITARIO"

inviare a fineisolamentocovid@uslcentro.toscana.it
c/c alberghi.sanitari@uslcentro.toscana.it

solo per casi particolari inviare a:
U.F. Igiene Pubblica e Nutrizione c/c alberghi.sanitari@uslcentro.toscana.it

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

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____ nella
mia qualità di MEDICO U.S.C.A. presso la sede di _____
interventato/a in data odierna presso l'Albergo Sanitario denominato

sito in Via\piazza _____ n. _____
con la presente comunicazione, in ottemperanza alla Circolare del Ministero della Salute n. 32850
del 12-10-2020 avente per oggetto "**Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della
quarantena**"

DICHIARO

di aver visitato il signor/a _____
data, luogo di nascita _____

il/la quale è autorizzato ad interrompere:

- la **quarantena** in quanto: sono trascorsi **14 giorni** dall'ultimo contatto stretto e durante tutto il decorso non ha sviluppato sintomi;
- l'isolamento domiciliare in quanto:
 - è risultato **negativo al tampone molecolare** per Sars-Cov2 effettuato in data _____ e riferisce totale assenza di sintomi da almeno 3 giorni;
 - sono trascorsi più di **21 giorni** e, pur essendo **risultato positivo** al tampone molecolare per Sars-Cov2 effettuato in data _____, riferisce totale assenza di sintomi da oltre 7 giorni;

Inoltre in data odierna ho prestato visita al sig./sig.ra _____ e confermo l'assenza di sintomatologia e altri segni clinici.

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Medico U.S.C.A.
