



ACCORDO DI RECIPROCA RESPONSABILITA' TRA RSA E FAMILIARI/CONGIUNTI PER I RIENTRI IN FAMIGLIA DELL'OSPITE

MOD_ARR

Vers 01

*Ai sensi dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 08/05/2021 e
Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 21 luglio 2020, n.
Z00053*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____, e residente in _____

C.F. _____ in qualità di Responsabile della struttura residenziale

RSA "Valle dei Corsi A" Basso mantenimento sita in Fonte Nuova – L.go Nicola Berloco n. 1

RSA "Valle dei Corsi B" Alto mantenimento sita in Fonte Nuova – L.go Nicola Berloco n. 1

DSD Ex art. 26 L. 833/78 – L.go Nicola Berloco n. 1

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente in _____ C.F. _____

in qualità di: (sottolineare la voce di interesse) familiare/amministratore di sostegno di

_____, nato/a a _____

il ____ / ____ / _____, e residente in _____

C.F. _____, entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE ACCORDO DI RECIPROCA RESPONSABILITÀ INERENTE LA POSSIBILITÀ DI RIENTRO IN FAMIGLIA PER UN PERIODO NON SUPERIORE A 10 GIORNI dell'ospite, con il quale dichiarano si impegnano a rispettare le misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.

In particolare, il familiare/amministratore di sostegno, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle dei propri familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.), la struttura residenziale provvederà all'isolamento immediato dell'ospite, nonché all'adozione delle misure di prevenzione previste, annullando la possibilità di rientro in famiglia;
- di impegnarsi ad adottare nei tempi e nei luoghi che l'ospite trascorre fuori dalla struttura residenziale, comportamenti di massima precauzione, assicurando che l'ospite medesima abbia contatti solo con un numero ristretto di persone ("bolla sociale") ed in ogni caso limitando i contatti fisici ai soli familiari in possesso di certificazione verde Covid-19



**ACCORDO DI RECIPROCA RESPONSABILITA'
TRA RSA E FAMILIARI/CONGIUNTI PER I
RIENTRI IN FAMIGLIA DELL'OSPITE**

MOD_ARR

Vers 01

*Ai sensi dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 08/05/2021 e
Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 21 luglio 2020, n.
Z00053*

(avvenuta vaccinazione o pregressa infezione nei 6 mesi precedenti, tampone molecolare o antigenico nelle 48 ore antecedenti);

La Struttura nella figura del Responsabile, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- ✓ di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- ✓ di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienicosanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionali;
- ✓ di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da COVID-19 da parte di un ospite o altra persona che accede alla struttura residenziale a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di vista giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché delle Linee Guida Nazionali e Regionali applicabili alle strutture residenziali per persone con disabilità.

Data, ____/____/____

Il Familiare/Amministratore di sostegno

Il Responsabile della RSA
