

CONFERIMENTO DI INCARICO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. di _____ il _____

Residente e/o domiciliata per motivi di salute in comune di _____

località _____ via _____ n° _____

recapito telefonico _____

CONFERISCE

incarico dalla data odierna, al Dott. ORLANDINI ALESSIO, nato a BARGA (LU) il 20/09/1986, residente in PESCIA (PT), Via LUCCHESI 310/L, **Infermiere libero professionista**, iscritto all'OPI INTERPROVINCIALE FIRENZE - PISTOIA, per l'esecuzione di prestazioni sanitarie a carattere domiciliare

DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

al fine della tutela della salute del professionista e degli altri suoi assistiti,
di

(cancellare la voce di non interesse)

AVERE / NON AVERE FEBBRE o FEBBRE PREGRESSA

AVERE / NON AVERE TOSSE,

AVERE / NON AVERE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

ESSERE / NON ESSERE STATO NEI 14 GIORNI PRECEDENTI IN ZONE CON TRASMISSIONE LOCALE

ESSERE / NON ESSERE STATO IN CONTATTO STRETTO CON UN CASO PROBABILE O CONFERMATO DI INFEZIONE DA COVID-19

VIVERE/NON VIVERE NELLA STESSA CASA DI UN CASO PROBABILE O CONFERMATO DI INFEZIONE DA COVID-19

AVERE / NON AVERE FREQUENTATO UNA STRUTTURA SANITARIA NELLA QUALE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONE DA COVID-19

Luogo e data _____

Firma Paziente _____

Firma Infermiere _____