

\_L\_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ - \_\_\_\_-  
residente ad \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

dichiara

di essere stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_, dirigente medico dell'intestata Azienda Ospedaliera/Azienda USL

di essere stato riscontrato positivo al test per infezione da CORAVID\_19 e che, non necessitando allo stato di cure o trattamenti ospedalieri, dovrà essere sottoposto a regime di isolamento domiciliare.

Dichiara, altresì, di essere stato informato che per l'applicazione della misura dell'isolamento domiciliare è fortemente consigliato il soggiorno presso l'Albergo Sanitario \_\_\_\_\_ ubicato in \_\_\_\_\_ e che a tal fine gli sono stati illustrati:

- scopo del trattamento;
- rischi e inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona e per i suoi conviventi;
- benefici/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 considerazione di quanto sopra, il sottoscritto, avendo avuto sufficiente tempo per maturare la decisione e consapevole che potrà sempre chiedere ulteriori informazioni, esprime il proprio

- Consenso
- Dissenso

a sottoporsi al descritto regime, nella sede indicata.

data

Firma del paziente

Firma del dirigente medico