



Modulo triage per uscita o rientro a casa

Io sottoscritto _____

In qualità di (barrare la casella)

- Genitore
- Tutore/Amministratore di Sostegno
- Familiare

al fine di preservare la salute del mio familiare/amministrato, degli altri ospiti dei servizi residenziali e del personale operante, dichiaro sotto la mia responsabilità,

di non portare il mio familiare/amministrato in luoghi a rischio contagio quali centri commerciali, bar, ristoranti, o qualsiasi altro luogo dove c'è assembramento di persone, durante le uscite pomeridiane o nel fine settimana.

Sono altresì consapevole che l'eventuale inosservanza di quanto sopra dichiarato, può configurare una condotta legalmente sanzionabile.

Firma Luogo data