

| NUCLEO ABITATIVO COMPOSTO DA PERSONE | | DATA: PASS: | |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| nome e cognome | | luogo e data di nascita | |
| residente | | codice fiscale | |
| temperatura rilevata | | <input type="checkbox"/> idoneo | <input type="checkbox"/> non idoneo |
| nome e cognome | | luogo e data di nascita | |
| residente | | codice fiscale | |
| temperatura rilevata | | <input type="checkbox"/> idoneo | <input type="checkbox"/> non idoneo |
| nome e cognome | | luogo e data di nascita | |
| residente | | codice fiscale | |
| temperatura rilevata | | <input type="checkbox"/> idoneo | <input type="checkbox"/> non idoneo |
| nome e cognome | | luogo e data di nascita | |
| residente | | codice fiscale | |
| temperatura rilevata | | <input type="checkbox"/> idoneo | <input type="checkbox"/> non idoneo |
| nome e cognome | | luogo e data di nascita | |
| residente | | codice fiscale | |
| temperatura rilevata | | <input type="checkbox"/> idoneo | <input type="checkbox"/> non idoneo |
| nome e cognome | | luogo e data di nascita | |
| residente | | codice fiscale | |
| temperatura rilevata | | <input type="checkbox"/> idoneo | <input type="checkbox"/> non idoneo |

| DPI da consegnare | DPI | X | • Segnare con "X" i DPI di cui si è provveduto alla consegna |
|-------------------|------------|---|--|
| | Mascherina | | |
| | Guanti | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-------|--|
| Nome e Cognome Responsabile | | Firma | |
|-----------------------------|--|-------|--|

Il sottoscritto

DICHIARA PER SE' E PER TUTTO IL NUCLEO ABITATIVO

- di provvedere quotidianamente a misurare la propria temperatura corporea riscontrando che questa sia inferiore a 37,5°C;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere nel proprio domicilio in presenza di febbre oltre i 37,5°C o altri sintomi influenzali;
- di essere a conoscenza del fatto che se dovessero insorgere sintomi influenzali o febbrili, occorre rientrare immediatamente al proprio domicilio, e non permanere all'interno del villaggio;
- di non aver avuto contatti diretti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni, in primis il distanziamento interpersonale, di usare la mascherina quando necessario e di lavarsi frequentemente le mani con acqua e sapone o soluzione idroalcoliche fornite dalla struttura. Infine, di adottare tutti i comportamenti corretti dal punto di vista igienico sanitario.
-

NOME _____

FIRMA _____

NORME SULL'UTILIZZO DELLE AREE COMUNI

ACCESSO E UTILIZZO DEGLI SPAZI COMUNI: Saranno creati dei varchi separati di accesso e di uscita, presidiati dal nostro personale, nei quali verrà misurata la temperatura e informato l'ospite su come accedere e fruire dei servizi nell'area in cui sta entrando.

PARCO ACQUATICO - L'accesso alle piscine sarà limitato e regolamentato nei limiti delle capienze consentite. L'utilizzo di scivoli, lettini, ombrelloni e docce richiede il mantenimento di un'adeguata distanza di sicurezza.

SPIAGGIA - Ci saranno dei percorsi di accesso e uscita per il flusso delle persone al/dal posto ombrellone, posizionati nel rispetto delle distanze di sicurezza.

RISTORANTI E BAR – L'accesso sarà su prenotazione del tavolo, sono previsti anche il servizio di take-away e di consegna a domicilio

SUPERMERCATO E SHOPPING – I negozi e il supermercato prevedono l'utilizzo di guanti e mascherine. L'accesso sarà regolamentato nei flussi. Il supermercato fornirà anche il servizio take-away.

CAMPI SPORTIVI Si possono praticare attività sportive che prevedono la partecipazione 1-1 oppure 1 nucleo familiare contro 1 altro nucleo familiare

ANIMAZIONE, SPORT E BAMBINI Il programma diurno e serale è stato riorganizzato per consentire lo svolgimento di tutte le attività rispettando le distanze di sicurezza tra gli ospiti.

PRESIDIO MEDICO IN VILLAGGIO presente in infermeria a orari prestabiliti.

In caso di sintomi quali tosse, febbre.... All'ospite, a tutela e nel rispetto della salute di tutti gli ospiti e del team al lavoro, è richiesto di contattare l'infermeria per richiedere l'assistenza del personale sanitario.

NOME _____

FIRMA _____