ALL.TO B

AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO REQUISITI AEREA NEUTRA DI OSSERVZIONE (ZONA *BUFFER)*

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... residente in ..... Via

..... n. .....

C.A.P..... telefono ..... PEC..... .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di Legale rappresentante della Struttura autorizzata in data .....n. autorizzazione .....

Attività.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di

atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

Di possedere per la costituzione della zona *buffer* i seguenti requisiti:

- ☐ Disponibilità di camere singole con bagno .
- ☐ Accesso all'area /piano dedicato.
- ☐ Sanificazione quotidiana con materiale dedicato e secondo quanto previsto dalle Indicazioni per le strutture extra ospedaliere sociosanitarie del 31/03/2020;
- ☐ Zona filtro per gli operatori (vestizione/svestizione -lavaggio antisettico delle mani);

DICHIARA ALTRESI' DI IMPEGNARSI A:

- ☐ Garantire che le porta delle stanze siano mantenute chiuse e che venga favorito il massimo ricambio di aria facendo attenzione a non generare correnti d'aria;
- ☐ Garantire che le attività assistenziali (somministrazione terapia, alimentazione, igiene personale, misurazione parametri) siano organizzate in modo da ridurre al minimo il numero degli accessi degli operatori (accorpare le attività).
- ☐ Garantire il personale sanitario e di supporto dedicato
- ☐ Garantire che i presidi sanitari necessari (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometri) disponibili nella zona filtro siano dedicati e disinfettati dopo ogni utilizzo).

Luogo e data firma