

**AZIENDA ASL RIETI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE e
DIPENDENZE PATOLOGICHE
R.E.M.S. di Rieti**

Oggetto: Dichiarazione di Responsabilità per l'accesso alle visite dei pazienti nella
REMS

Il/la sottoscritto/a Sig./ra

Nato/a a

Residente a

Via

Documento di riconoscimento tipo e n.

Allegare fotocopia

Come da Autorizzazione della A.G.

In data

A poter visitare il Signor

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di non introdurre all'interno della REMS oggetti vietati come da indicazione dal personale della struttura, che eventualmente posseduti dovranno essere lasciati negli appositi armadietti presenti all'ingresso, né bevande alcoliche o sostanze stupefacenti di alcun tipo, e di aver preso visione del regolamento della struttura. Dichiara, inoltre, di non introdurre telefono cellulare o altri dispositivi atti alla comunicazione con l'esterno e/o all'audio/video registrazione.

Autorizza il personale a visionare eventuali oggetti da recapitare al paziente. Lo stesso è informato e consapevole che la trasgressione di tali indicazioni comporterà denuncia all'autorità competenti e l'immediata sospensione della visita.

NB: il visitatore dovrà rispettare tutti i requisiti previsti dalla vigente normativa sulla pandemia da Covid 19.

RIETI, li.....