



CENTRO HERCOLANI S.R.L.

DISPOSIZIONI OBBLIGATORIE PER L'ACCESSO

- **MASCHERINA FFP2**



sempre ed indossata correttamente

- **ACCESSO NON PIU' DI 15 MINUTI PRIMA**



- **MISURAZIONE TEMPERATURA CORPOREA**

al termoscanner automatico a colonna

- **DISINFEZIONE MANI CON GEL**



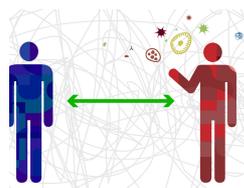
- **COMPILAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMBAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ (____)
Residente in _____ (____) via _____ Telefono _____
Domiciliato in _____ (____) via _____
Identificato a mezzo _____ N° _____ rilasciato da _____ in data _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate
dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

- **DISTANZIAMENTO**



dalle persone circostanti ed operatori

- **ACCOMPAGNATORI AMMESSI
SOLO CON GREEN PASS**



La Direzione Sanitaria