

ACEPTACION DE CONDICIONES I CONSENTIMENT PER *COVID-19

Després de la publicació de la RESOLUCIÓ de 26 d'agost de 2020, de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, per la qual s'estableix el pla d'actuació en els centres i recursos dirigits a persones amb diversitat funcional i problemes de salut mental, en el context de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19, en funció de la qual s'estableixen les condicions relacionades amb l'activitat en els Centres d'Atenció Diürna de *IVASS,

D/ DONYA (nom i cognoms) amb DNI (núm.), usuari/a del centre (ocupacional/de dia, nom) de IVASS

D//DONYA (nom i cognoms) amb DNI (núm.), com a representant legal/guardador de fet de D/ DONYA (nom i cognoms amb DNI (núm.), usuari/as del centre _____ (ocupacional/de dia, nom) de IVASS

manifesta

1. Que es reincorpora al centre d'atenció diürna del qual és usuari/a, el dia _____ (el centre ha de posar el dia de reincorporació).
2. Que accepta complir les normes i mesures higiènic-preventives necessàries per a garantir la seua seguretat i la de totes les persones que acudeixen al recurs, usuaris/as i treballadors, tant les establides per les normatives en vigor com les reflectides en la Guia de Bones Pràctiques que li fem lliurament per a la reincorporació.
3. Que s'és conscient, i assumeix, que encara amb les mesures preventives i higièniques adoptades per IVASS per a evitar la propagació i contagi, existeix la possibilitat de contagi per COVID-19.
4. Així mateix, es compromet
 - a facilitar la informació necessària sobre el seu estat de salut que des del centre li puguem sol·licitar per a garantir les mesures preventives
 - a prendre's diàriament la temperatura a casa abans d'acudir al recurs
 - a notificar immediatament les causes d'absència per motius de salut a la direcció del centre a través de mòbil, on-line o per qualsevol altre mitjà.
 - a, si presenta simptomatologia associada amb el COVID-19, no acudir al recurs i comunicar-lo a la direcció del centre de manera *inmedia *ta..

I en prova la meua conformitat, signe el present document

, a _____ de de 202.

Signat Usuari/a Fdo

pare/mare-Tutor/a -cuidador/a habitual.

Fdo: Direcció del Centre

"La informació continguda en aquesta fitxa i, en el seu cas, en qualsevol document o fitxer adjunt a aquesta, són de caràcter privat i confidencial sent per a ús exclusiu de l'INSTITUT VALENCIÀ D'ATENCIÓ SOCIAL-SANITÀRIA (*IVASS) i el seu personal autoritzat, sense perjudici de la seua consulta pel propi interessat, el seu representant legal o els professionals sanitaris externs que puguem prestar la seua assistència sanitària a l'interessat. Queda totalment prohibit l'ús, reproducció, divulgació o distribució d'aquesta informació, totalment o parcialment, per a qualsevol finalitat diferent a l'autoritzada per a l'atenció soci-sanitària de la persona a la qual fa referència".