

[Di competenza del Medico di medicina generale]

Al Medico di Medicina generale

Egregio Dottore/Gentile Dottoressa,
nel rispetto delle vigenti disposizioni nazionali e locali (regionali e comunali) volte al contenimento della diffusione del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale,

LE CHIEDIAMO

di volere fornire una valutazione che andrà ad aggiungersi agli elementi già in nostro possesso per consentire al/alla Suo/Sua assistito/a di poter accedere al Collegio/Residenza universitaria.

In considerazione del fatto che, a fronte dell'attuale emergenza sanitaria, i nostri Collegi/Residenze universitarie sono gestiti come "comunità chiuse" e che pertanto l'inserimento di soggetti esterni può diventare potenziale fattore di rischio per la diffusione del contagio, Le sottolineo che la valutazione finale da Lei fornita è importante per consentirci di approntare le giuste precauzioni a tutela della salute del Suo assistito e di tutte le altre persone con cui verrà in contatto all'interno della struttura.

Da ultimo precisiamo che la richiesta formulatale è volta ad ottenere esclusivamente una Sua valutazione della situazione in base agli elementi a Lei noti, affinché sia per noi possibile avere un quadro più preciso ed assumere le necessarie determinazioni del caso.

La compilazione da parte Sua di tale documento non costituisce in alcun modo una certificazione dello stato di salute del/della Suo/a assistito/a.

La ringraziamo per la Sua collaborazione.

La Direzione

[Compilare in stampatello]

Io sottoscritto Dr/Dr.ssa

Medico di medicina generale del/della Signor/Signora

Sulla base di quanto sopra dichiarato dal mio assistito, delle informazioni in mio possesso e delle seguenti considerazioni:

.....
.....
.....
.....
.....

ESPRIMO LA SEGUENTE VALUTAZIONE

NON SUSSISTONO controindicazioni all'ingresso del/della mio/mia assistito/a nel Collegio/Residenza universitaria.

SUSSISTONO controindicazioni all'ingresso del/della mio/mia assistito/a nel Collegio/Residenza universitaria.
(Specificare quali)

.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Firma (leggibile) e timbro del medico

.....

Riferimento telefonico del medico (per eventuale necessità di chiarimenti)

.....

Il Collegio/Residenza si riserva di ammettere lo studente dopo eventuali ulteriori approfondimenti a cura del Medico della struttura.