

SCHEDA AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19		

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____, residente in _____, via _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DI PRESENTARE SINTOMI SIMIL INFLUENZALI E/O RESPIRATORI (es. febbre, tosse, cefalea, vomito etc.)	SI	NO
---	----	----

In caso di risposta affermativa, specificare quali sintomi:

e dichiara che nei 14 giorni precedenti ad oggi:

AVUTO CONTATTI CON CASI ACCERTATI CON INFEZIONE DA SARS-COV-2 (vivi o deceduti)	SI	NO
AVUTO CONTATTI CON CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) CON INFEZIONE DA SARS-COV-2	SI	NO
AVUTO CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI	NO
FATTO ACCESSO AD UNA STRUTTURA SANITARIA IN CUI SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONE DA SARS-COV-2	SI	NO

Si prega di consegnare all'ingresso dello Studio il foglio debitamente compilato e sottoscritto. In caso di risposta positiva ("SI") anche solo ad 1 delle domande precedenti, contattare il responsabile del centro. Grazie per la collaborazione.

Data, _____

Firma

Il conferimento dei dati della presenta scheda è necessario per permettere il suo ingresso nello Studio, in qualità di titolare (Titolare) del trattamento La informa che tratterà i Suoi dati personali con le modalità previste ai sensi del GDPR, Regolamento UE n. 2016/679 – Codice Privacy, D.lgs. 196/2003 e s.m.i. per la finalità collegata ad esigenze di tutela di interesse pubblico connotate da necessità e urgenza che giustificano l'adozione di misure eccezionali volte a ridurre il rischio di contagi in ottemperanza alle prescrizioni dettate dalle Autorità competenti. I dati personali saranno conservati per il tempo necessario ad assicurare i controlli e le verifiche al fine di prevenire e contenere la diffusione della malattia Infettiva diffusiva COVID - 19.