

 <b>DSA</b>	<b>Covid-19 (Coronavirus)</b> <b>Prevenzione - Dichiarazione</b>	<b>DSA-MO-83</b>
		<b>Rev.05</b>
		Data <i>emissione</i> 09/03/2020 Emissione DS
		Pag. 1 di 1

Io Sottoscritto (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Dichiaro che:

Ho viaggiato o ho avuto residenza in aree a rischio della Cina o in altri paesi esteri.	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Sono un operatore sanitario e ho lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi ad <b>eziologia sconosciuta</b> .	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Riferisco contatti stretti con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV (Coronavirus).	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Ho lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni nosocomiali da 2019-nCoV (Coronavirus).	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Sono sottoposto a misure di sorveglianza attiva a domicilio	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Ho tosse o febbre > di 37,5 °C o difficoltà respiratorie	<b>NO</b>	<b>SI</b>

*I dati personali raccolti nell'ambito delle attività di sorveglianza di cui alle Ordinanze del Ministero della Salute del 25 gennaio 2020 e 21 febbraio 2020 (misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 – nCoV) e ulteriori misure), anche al fine di rendere rintracciabili gli avventori, saranno trattati per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, ai sensi dell'art. 9, paragrafo 2, del regolamento (UE) 2016/679, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali, ivi incluse quelle relative al segreto professionale. La documentazione acquisita viene distrutta trascorsi sessanta giorni dalla raccolta, ove non si sia verificato alcun caso sospetto di nuovo Coronavirus (2019 - nCoV) riconducibile all'accesso in struttura.*

*Il sottoscritto ai sensi del D.lgs 196/2003 e smi (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) acconsente alla raccolta e trattamento dei propri dati personali nell'ambito del presente procedimento e dichiara di aver preso visione delle relative Informativa Privacy rese dal Titolare del Trattamento nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Reg.UE 2016/679 riportate nel sito internet istituzionale e nelle varie tabelle informative esposte nei locali/aree d'attesa.*

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**Si prega di esibire il presente tagliando qualora richiesto dal personale della Struttura.**

Tale dichiarazione ha una **validità di 7 giorni** dalla data di compilazione.

In caso di variazione delle condizioni dichiarate, verificatasi nei 7 giorni, si prega di darne comunicazione al personale preposto al varco.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma operatore \_\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_