

 DSA	Covid-19 (Coronavirus) Prevenzione - Dichiarazione	DSA-MO-83
		Rev.07
		Data emissione 24/04/2020 Emissione DS
		Pag. 1 di 1

Io Sottoscritto (Nome e Cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____

Tel _____

Dichiaro che:

Negli ultimi 14 giorni ha lamentato uno di questi sintomi? Febbre, Tosse, Mal di Gola, Difficoltà di respiro <ul style="list-style-type: none"> In caso di accompagnamento di un minore, egli ha presentato i seguenti sintomi? Febbre, Tosse, Mal di Gola, Difficoltà di respiro 	NO	SI
	NO	SI
Riferisco contatti stretti con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV (Coronavirus) negli ultimi 14 giorni. <ul style="list-style-type: none"> In caso di accompagnamento di un minore, egli ha avuto contatti stretti con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV (Coronavirus) negli ultimi 14 giorni 	NO	SI
	NO	SI
Ho lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni nosocomiali da 2019-nCoV (Coronavirus) o infezioni respiratorie acute e gravi ad eziologia sconosciuta	NO	SI
Sono in osservazione o isolamento per disposizione del Dipartimento di Prevenzione o Medico di Medicina Generale	NO	SI

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 s.m.i (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
