TRIAGE del Giorno: _____

MOTIVO dell'Ingresso: AMMINISTRATIVO LAVORATIVO

Cognome e Nome _____

residente in _____ (_____) tel. _____

Documento _____ n. _____

Per garantire la sua sicurezza e per organizzare al meglio il suo accesso presso l'Istituto le verranno fatte, con il suo consenso, alcune domande per verificare alcuni dati secondo le indicazioni del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/home/nuovocoronavirus.html).

L'informativa viene resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/03 così come modificato con il D.Lgs. 101/2018. I dati personali saranno trattati unicamente al fine di prevenire il contagio da COVID-19 con riferimento ai protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7 lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e saranno conservati non oltre la durata dello stato di emergenza e non saranno diffusi o comunicati a terzi al di fuori dalle previsioni delle vigenti normative.

Nell'ultimo mese ha presentato uno dei seguenti sintomi	SI	NO
Febbre > 37,5°C		
Congiuntivite		
Raffreddore		
Mal di gola		
Tosse		
Difficoltà respiratorie		
Malessere generale		
Se SI quando?		
Ha avvisato il Medico curante?		
Se SI quando?		
È stato a stretto contatto con casi accertati?		
Se SI quando?		
È stato a contatto con casi dichiarati sospetti?		
Se SI quando?		
È stato in una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti affetti da COVID-19?		
Se SI quando?		
E' risultato positivo al COVID 19?		
Se SI quando?		

Consapevole che le false dichiarazioni comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel questionario corrispondono a verità.

Letto, confermato e sottoscritto

Firma _____

Addetto alla ricezione

Firma _____