

# CENTRO MEDICO ALBESE S.R.L.

Screening ambulatoriale per Coronavirus (COVID-19)  
Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n.445

**LA MANCATA COMPILAZIONE O ANCHE SOLO UNA RISPOSTA POSITIVA, NON PERMETTERA' L'ACCESSO ALLA STRUTTURA.**

COGNOME.....NOME .....  
DATA DI NASCITA.....RESIDENTE IN.....

## DICHIARA sotto la propria responsabilità

<b>I.</b>		
FEBBRE NELL'ULTIMA SETTIMANA	<b>NO</b>	<b>SI</b>
TOSSE	<b>NO</b>	<b>SI</b>
RECENTE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>II.</b>		
RINITE	<b>NO</b>	<b>SI</b>
MAL DI GOLA(FARINGODINIA)	<b>NO</b>	<b>SI</b>
DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA(MIALGIE/ASTENIA)	<b>NO</b>	<b>SI</b>
NAUSEA/ VOMITO/DIARREA	<b>NO</b>	<b>SI</b>
ALTERAZIONE DELL'OLFATTO (DISOSMIA)	<b>NO</b>	<b>SI</b>
ALTERAZIONE DEL GUSTO (DISGEUSIA )	<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>III.</b>		
E' soggetto a isolamento fiduciario domiciliare?	<b>NO</b>	<b>SI</b>
E' un operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2 SENZA GLI ADEGUATI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE?	<b>NO</b>	<b>SI</b>
E' stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati), oppure ha avuto contatto fisico diretto (es. stretta di mano), o è stato a contatto stretto (in ambiente chiuso per almeno 15 min. a distanza minore di 1,5 metri) con un caso di COVID-19?	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19?	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Ha avuto decesso familiare per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni?	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Proviene da una struttura residenziale nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19?	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Ha avuto accesso negli ultimi 14 giorni in Struttura o Reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19	<b>NO</b>	<b>SI</b>

### **Informativa circa il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che la nostra società procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali e nel rispetto degli obblighi e delle garanzie delle norme di legge, contrattuali e regolamentari. I dati personali da Lei forniti sono raccolti, sulla base del legittimo interesse del Titolare, per esclusive finalità di sicurezza in considerazione alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. All'interno della nostra organizzazione i dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati e istruiti. Titolare del trattamento è il PUNTO DE.GA. S.R.L. con sede in Italia. L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento UE. I suoi dati personali saranno distrutti appena rientrata l'emergenza sanitaria in corso

Data ...../...../..... Ora ..... Firma .....

Firma Operatore Sanitario.....

PARTE I. DIVIETO DI ACCESSO IN STRUTTURA CON UNA RISPOSTA POSITIVA  
PARTE II. DIVIETO DI ACCESSO IN STRUTTURA CON DUE RISPOSTE POSITIVE  
PARTE III. DIVIETO DI ACCESSO IN STRUTTURA CON UNA RISPOSTA POSITIVA

# REVISIONE GIORNALIERA ASSENZA DI SEGNI O SINTOMI COVID-19

COGNOME.....NOME.....

	DATA	FIRMA	VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI
1)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
2)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
3)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
4)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
5)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
6)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
7)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
8)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
9)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
10)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
11)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
12)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
13)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
14)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
15)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
16)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
17)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
18)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
19)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
20)	___/___/2020_____		<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE