

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n.445

A causa dell'emergenza sanitaria in atto (Covid-19), La preghiamo di compilare questa scheda di autodichiarazione

LA MANCATA COMPILAZIONE NON PERMETTERA' L'ACCESSO ALLA STRUTTURA

COGNOME.....NOME

DICHIARA sotto la propria responsabilità che NEGLI ULTIMI 14 GIORNI ha avuto una delle seguenti condizioni:

- FEBBRE	NO	SI
- TOSSE / DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	NO	SI
- RINITE	NO	SI
- MAL DI GOLA (FARINGODINIA)	NO	SI
- DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA (MIALGIE/ASTENIA)	NO	SI
- NAUSEA/VOMITO/DIARREA	NO	SI
- ALTERAZIONE DELL'OLFATTO/GUSTO (DISOSMIA/DISGEUSIA)	NO	SI

Inoltre NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

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 minuti a distanza minore di 1,5 metri) con un caso di COVID-19? **NO SI**

Ha vissuto nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19? **NO SI**

E' in isolamento fiduciario domiciliare? **NO SI**

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 New English in italy Sas, 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 del paziente

Firma dell'operatore