

Autocertificazione utente, nel caso di risposta affermativa e/o della presenza di una delle condizioni elencate contattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento.

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____/____/____

RIFERISCE DI:

Avere avuto febbre, congiuntivite, forte debolezza muscolare, difficoltà respiratorie, diarrea, sindrome influenzale, forte perdita di gusto e/o olfatto negli ultimi 14 giorni

 SI **NO**

(Barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

- Essere stato in quarantena o in isolamento fiduciario;
- Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
- Essere un Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza diretta di un caso sospetto o confermato di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego di dispositivi di protezione individuale (DPI) raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- Essere stato a stretto contatto diretto a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore di 15 minuti, o in ambiente chiuso o avendo avuto un contatto fisico diretto con un caso sospetto o confermato di COVID-19;

Informativa integrativa breve circa il trattamento dei dati personali ex Art. 13 del Regolamento 2016/679 (GDPR) relativa alle misure per il contenimento del Covid-19

(Informativa completa esposta e pubblicata sul sito: <https://www.affidea.it/affidea/affidea-area-istituzionale/protezione-dei-dati/>)

Affidea, che si riferisce a tutte le strutture sanitarie* ad essa afferenti, procederà al trattamento dei dati personali e particolari necessari ad attuare le misure previste dai Protocolli anti-contagio contro il Covid-19 a tutela della salute dei pazienti e degli operatori. I trattamenti sono legittimamente effettuati a cura del personale specificatamente autorizzato in quanto necessari ad attuare i protocolli anti contagio contro il Covid-19. I suddetti potranno essere condivisi con le Autorità Sanitarie per la ricostruzione della filiera dei "contatti stretti".

L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal GDPR contattando il DPO: tel. 028839361 o dpo.it@affidea.it. I dati saranno conservati fino al termine dell'emergenza e successivamente distrutti. I dettagli circa i trattamenti di dati relativi all'esecuzione della prestazione sanitaria (ivi compresi i diritti dell'interessato) sono indicati nell'Informativa Pazienti che il soggetto riceverà a seguito del Triage.

(*Dettaglio delle strutture: <https://www.affidea.it/i-centri/>)

Data ____/____/____

Ora _____

Firma utente: _____

Riservato al personale del triage:	Conferma FEBBRE (> 37.5)	SI	NO
	Accesso consentito al paziente:	SI	NO
	SIGLA OPERATORE	_____	

Ritagliare e consegnare al paziente il tagliando firmato e timbrato per i successivi controlli:

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 della scheda triage Covid-19 e comporterà la sola misurazione della temperatura corporea.

In caso di variazione delle condizioni dichiarate, verificatosi nei 7 giorni, si prega di darne comunicazione al personale preposto all'ingresso della struttura.

Cognome e nome: _____

Data: ____/____/____

Firma operatore: _____

(Timbro della struttura)

Firma Utente: _____