

SCREENING ANAMNESTICO

(Decreto Dirigenziale Regione Campania n° 83/2020, come integrato dalla Circolare regionale dalla Circolare regionale prot. n° 2020 del 15/04/2020 e richiamata Circolare del MdS n° 6360 del 27/02/2020)

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ____/____/____

consapevole delle conseguenze di dichiarazioni mendaci punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. Sei un soggetto al quale è stata accertata una infezione da COVID-19? SI NO
2. Hai o hai avuto negli ultimi 14 giorni l' insorgenza improvvisa di uno dei seguenti sintomi (febbre superiore a 37,5 °, tosse, difficoltà respiratorie, anosmia – alterazione acuta dell' olfatto o ageusia – alterazione acuta del gusto) ? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni sei stato a stretto contatto con un caso confermato di COVID-19? SI NO
4. Negli ultimi 14 giorni sei stato in Italia in aree ad alta incidenza di infezione COVID-19 ? SI NO
5. Se hai **risposto SI** ad almeno una domanda, prega di comunicare la data dell' evento e di comunicazione al medico di base _____

NB: Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla struttura qualsiasi cambiamento rispetto ai dati forniti nella presenza dichiarazione.

DATA ____/____/____

FIRMA _____

Il sottoscritto dichiara di ricevere i seguenti DPI – Dispositivi di Protezione Individuale (Mascherine naso-bocca, Guanti in lattice, Disinfettante detergente a base alcolica) e di avere ricevuto e ben compreso la formazione relativa alle nozioni relative al corretto uso degli stessi nonché la formazione inerente le istruzioni operative per la riduzione del rischio di contagio da COVID-19 così come contenute nello specifico opuscolo (redatto anche in attuazione degli artt. 36-37 del D.Lgs.vo 81/08) e del quale dichiaro di ricevere copia)

DATA ____/____/____

FIRMA _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (PRIVACY REG. UE 2016/679)

Autorizzo l' Istituto _____ al trattamento dei dati sopra esposti in conformità alla normativa vigente.

DATA ____/____/____

FIRMA _____