

Dati Anagrafici Paziente: _____ Data di nascita: ____/____/____

Dati Anagrafici Accompagnatore: _____ Data di nascita: ____/____/____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

RIFERISCE/RIFERISCONO DI:

Essere attualmente in stato di quarantena o di isolamento fiduciario domiciliare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Avere avuto febbre, tosse, difficoltà respiratoria, congiuntivite, debolezza muscolare, dolori ossei, diarrea, perdita di gusto e/o olfatto negli ultimi 14 giorni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Essere stato a contatto stretto, ovvero ravvicinato/prolungato/ripetuto, in assenza di DPI, con caso confermato di COVID-19 in ambito familiare, lavorativo e sociale negli ultimi 14 giorni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Nel caso di risposta affermativa alle condizioni sopra elencate contattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento. L'accesso alla struttura non sarà consentito

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. 02/8839361 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 suddetto riceverà a seguito del Triage. (*Dettaglio delle strutture: <https://www.affidea.it/i-centri/>)

Data ____/____/____ Ora _____ Firma utente: _____

Firma Accompagnatore: _____

Riservato al personale del triage:	Conferma FEBBRE (> o = 37.5°)	SI	NO
	Accesso consentito:	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: _____ Firma Utente: _____

(Timbro della struttura)