

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CITTA' DI RESIDENZA _____ TEL. CELLULARE _____

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 E DICHIARA

DATI ANAMNESTICI (compilare indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO)		
FEBBRE SUPERIORE A 37,5° C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RECENTE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA (DISPNEA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RINITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FARINGODINIA (es.: MAL DI GOLA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MIALGIE / ASTENIA (es.: DOLORE MUSCOLARE, SPOSSATEZZA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NAUSEA, VOMITO O DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISOSMIA (es.: ALTERAZIONE OLFATTO)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISGEUSIA (es.: ALTERAZIONE GUSTO)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATI EPIDEMIOLOGICI (compilare indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO)		
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI ACCERTATI O SOSPETTI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI OCCASIONALI CON PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FREQUENTA O LAVORA IN UNA STRUTTURA SANITARIA IN CUI SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI – Se SI, dove: <input type="checkbox"/> Italia Indicare la regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Indicare la nazione _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici, anamnestici ed epidemiologici riferiti corrispondono al vero e sono riferiti alla data di compilazione della presente autocertificazione. Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'eventuale insorgenza di qualunque sintomo tra quelli descritti nella presente scheda.



Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate dalle normative nazionali e regionali vigenti, nonché quelle previste da NOME AZIENDA in fase di svolgimento dell'evento.

Il/la sottoscritto/a prende atto e accetta che NOME AZIENDA si riserva di trasmettere le informazioni che lo riguardano alle Autorità Sanitarie competenti nei casi e nelle modalità previste dalle disposizioni di legge applicabili.

Il/la sottoscritto/a prende atto e accetta che i dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato da NOME AZIENDA per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità nel rispetto di quanto previsto del Regolamento UE n. 679/2016 (cd. GDPR) come da informativa in allegato.

Data di compilazione ____ / ____ / 2020

Firma _____



Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Ue n. 679/2016 (cd. GDPR), si forniscono di seguito le informazioni in merito al trattamento dei dati personali dei soggetti che, durante l'emergenza COVID-19, c.d. Coronavirus, accedono ad eventi organizzati da NOME AZIENDA, ai locali e agli uffici di NOME AZIENDA o ad altri luoghi comunque a quest'ultima riferibili.

Titolare del trattamento

NOME AZIENDA, con sede legale in _____ – CAP _____ – e-mail: _____

Tipologia di dati personali trattati e di interessati

Nei limiti delle finalità e delle modalità definite nella presente informativa, sono oggetto di trattamento:

- i dati attinenti alla temperatura corporea;
- le informazioni relative a contatti stretti ad alto rischio di esposizione, negli ultimi 14 giorni, con soggetti sospetti o risultati positivi al COVID-19;
- le informazioni relative alla provenienza, negli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

I dati personali oggetto di trattamenti si riferiscono a:

- personale di NOME AZIENDA – Rispetto a tali interessati, la presente informativa integra quella già fornita per il trattamento dei dati personali funzionale all'instaurazione e all'esecuzione del rapporto di lavoro;
- partecipanti, relatori, moderatori, sponsor, fornitori, trasportatori, appaltatori, visitatori e ogni altro soggetto terzo autorizzati ad accedere ad un evento organizzato da NOME AZIENDA, ai locali e agli uffici di NOME AZIENDA o ad altri luoghi comunque a quest'ultima riferibili.

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e ssmm. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e ssmm.

Natura del conferimento dei dati personali

Il conferimento dei dati è necessario per accedere ad un evento organizzato da NOME AZIENDA o per accedere ai locali e agli uffici di NOME AZIENDA o ad altri luoghi comunque a quest'ultima riferibili. Un eventuale rifiuto a conferirli impedisce di consentire l'ingresso.

Modalità, ambito e durata del trattamento

Il trattamento è effettuato dal personale di NOME AZIENDA che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento. Con riferimento alla misurazione della temperatura corporea, NOME AZIENDA non effettua alcuna registrazione del dato. L'identificazione dell'interessato e la registrazione del superamento della soglia di temperatura potrebbero avvenire solo qualora fosse necessario documentare le ragioni che hanno impedito l'accesso. In tal caso, l'interessato sarà informato della circostanza.

I dati personali non saranno oggetto di diffusione, né di comunicazione a terzi, se non in ragione delle specifiche previsioni normative (es.: in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di un lavoratore risultato positivo al COVID-19). I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario a perseguire la citata finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e conservati non oltre il termine dello stato d'emergenza.

Diritti degli interessati

In qualsiasi momento, gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la relativa cancellazione. È, altresì, possibile opporsi al trattamento e richiederne la limitazione.

Queste richieste potranno essere rivolte a NOME AZIENDA, con sede legale in _____ – CAP _____ – e-mail: _____. Inoltre, nel caso in cui si ritenga che il trattamento sia stato svolto in violazione della normativa sulla protezione dei dati personali, è riconosciuto il diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 – 00187 – Roma.