

Io sottoscritto Nome _____ Cognome _____

in qualità di

diretto interessato

tutore genitore legale rappresentante di: Nome _____ Cognome _____

- Dichiaro di essere presente in struttura per richiesta di prestazione sanitaria come da Ordinanza Regionale n. 70 del 27/04/2020 e precedenti. Sono consapevole dei rischi connessi agli spostamenti e alla permanenza in strutture sanitarie, anche quelle come il Poliambulatorio Medica che si sono adeguate alle procedure di sicurezza per il contenimento del contagio.

VALUTAZIONE CLINICA

Presento in data odierna:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Temperatura corporea maggiore di 37,5° |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Tosse |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Difficoltà respiratoria |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Perdita del gusto e dell'olfatto |

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

- 1) Sono stato recentemente a contatto con qualcuno cui è stato diagnosticato il Covid-19 o che presenta i sintomi del Covid-19.
 SI
 NO
- 2) Lavoro presso una struttura sanitaria dove sono stati riconosciuti casi di infezione da Covid-19.
 SI
 NO
- 3) Dichiaro che mi è stato diagnosticato il Covid-19 e che sono sottoposto a quarantena.
 SI
 NO

Il/La sottoscritta/o consapevole ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite in data odierna.

Dichiara inoltre di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy resa disponibile dal Poliambulatorio.

Utenti iscritti a corsi e/o con abbonamento nel percorso riabilitativo e/o con uso di palestre, piscine e spogliatoi:

Confermo il consenso alla conservazione del dato "scadenza Green Pass" come da informativa Privacy ricevuta dal Poliambulatorio e dichiaro che la data di scadenza è la seguente:

_____/_____/_____

Comunicherò tempestivamente alla struttura qualsiasi variazione si presenti rispetto a quanto dichiarato in data odierna sia in merito alla valutazione clinica e/o sia rispetto a quella epidemiologica.

Luogo e data _____

Firma _____