

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n.445

COGNOME E NOME:

Data di nascita: N. telefono

PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno; i sintomi non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)Febbre >37,5° SI NOTosse SI NODifficoltà a respirare SI NO

Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____

PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due; i sintomi non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)Rinite (raffreddore)/Faringodinia (difficoltà a deglutire, mal di gola) SI NOCongiuntivite SI NOMialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza) SI NONausea/vomito/diarrea SI NODisosmia/disgeusia (alterazione olfatto/gusto) SI NO

Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____

SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHEIsolamento fiduciario domiciliare o quarantena in atto SI NO

Informativa circa il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che la nostra società procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali e nel rispetto degli obblighi e delle garanzie delle norme di legge, contrattuali e regolamentari. I dati personali da Lei forniti sono raccolti, sulla base del legittimo interesse del Titolare, per esclusive finalità di sicurezza in considerazione alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

All'interno della nostra organizzazione i dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati e istruiti.

Titolare del trattamento è il gruppo LARC con sede in Italia. L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento UE. I suoi dati personali saranno distrutti appena rientrata l'emergenza sanitaria in corso

Data/...../..... Ora Firma del paziente

Firma dell'operatore