

**DICHIARAZIONE UTENTE/ACCOMPAGNATORE PER L'ACCESSO ALLE STRUTTURE
AMBULATORIALI**Il sottoscritto, in qualità di: ☐ **UTENTE** ☐ **ACCOMPAGNATORE**

Cognome e Nome:	Recapito telefonico:
Data di Nascita:	Luogo di nascita:
Nel caso di tutore/legale rappresentante/esercente la potestà genitoriale di un minore, completare la parte seguente con i dati del paziente:	
Cognome e Nome:	Data di Nascita: _____ Luogo di nascita: _____

DICHIARA CHE:

NON PRESENTA SINTOMI CORRELATI AL COVID-19
NON E' SOTTOPOSTO ALLA MISURA DI ISOLAMENTO PER POSITIVITA' AL COVID-19
OGGI, AL MOMENTO DELL'ACCESSO IN STRUTTURA, LA TEMPERATURA CORPOREA E' INFERIORE A 37,5 C°

Data: _____

Ora: _____

Firma del dichiarante _____

Il modulo deve essere consegnato al personale dell'ambulatorio.

La ringraziamo della collaborazione

Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 ad integrazione dell'Informativa generale reperibile sul sito: www.aslcn1.it, sezione: "Protezione dei dati personali", l'Azienda Sanitaria ASL CN1, in qualità di Titolare, comunica che i dati personali raccolti attraverso questa scheda verranno trattati ai fini dell'applicazione delle misure di prevenzione definite dalle "Linee di indirizzo per la ripresa delle attività sanitarie" della Regione Piemonte del 14/05/2020 e delle "Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" del Ministero della Salute del 27/05/2020. Il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ai sensi dell'art.9, par.2, lett.i.