



Scheda di triage Campi Scuola 2021

Cognome e nome _____

Luogo di permanenza: _____ dal _____ al _____

Telefono: _____ e-mail: _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia: consapevole delle ordinanze del Ministero della Salute in materia di prevenzione dell'infezione COVID-19

DICHIARA

Ha avuto la sindrome da COVID-19? SI NO

Se SI

È a conoscenza di essere guarito (tampone negativo)? SI NO

È ancora in quarantena? SI NO

Negli ultimi 10 giorni:

Ha avuto contatti con persone affette da COVID-19 e/o persone in quarantena; ha effettuato viaggi in aree a rischio di contagio; ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio di contagio? SI NO

Negli ultimi 10 giorni:

Ha avuto/ha uno o più di questi sintomi?
Febbre/febbre, tosse e/o difficoltà respiratorie, perdita/alterazione del senso del gusto e/o dell'olfatto, malessere, astenia, cefalea, vomito e/o diarrea, inappetenza/anoressia, perdita di peso, confusione/vertigini, sangue da naso/bocca, congiuntivite SI NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'articolo 13 GDPR (Regolamento UE 2016/697) esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 tali dati non verranno diffusi e/o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Luogo _____ Data _____ Firma Leggibile _____
(genitori se minorenni)