



Laboratorio di Analisi Cliniche e Microbiologiche "Montalto Check up srl"

Laboratorio accreditato S.S.N. Cod.109290000
S.S.312 Castrense, snc – 01014 Montalto di Castro
Tele-fax 0766 898130 e-mail labmontalto@gmail.com
Sito web: <http://www.montaltocheckup.it>

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA PER RISCHIO COVID-19

Al fine di effettuare il test, in accordo con le recenti disposizioni per il contenimento della diffusione del Covid-19, è necessario rispondere alle domande riportate

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni che ci fornirà e dei suoi dati, le comunichiamo che verranno utilizzati unicamente per finalità strettamente connesse alla gestione della situazione emergenziale in oggetto.

Tali dati verranno trattati dal Titolare del trattamento sulla base di quanto previsto all'art. 6 par. 1 lett. d) – e) [d] il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica; e) il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;] e all'art. 9 par. 2 lett. i) [i] il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria...] del Reg. UE 2016/679.

Tali dati potranno essere comunicati solamente alle autorità competenti per la finalità sopraindicata. Per tutto quanto non espressamente specificato si rimanda all'informativa sul trattamento dati in uso da parte del Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679.

Nome e Cognome: Nato/a a: il/...../.....

Residente in: Via: C.F.:

Tel./Cell: Mail:@.....

Hai eseguito un tampone o ti è stata diagnosticata positività per COVID-19? NO SI

Nelle ultime due settimane:

hai avuto tosse, febbre o difficoltà a respirare NO SI

sei stato all'estero o in altre regioni italiane? NO SI

hai avuto contatti* con casi sospetti o accertati di COVID-19? NO SI

hai avuto contatti* con persone potenzialmente contagiose? NO SI

hai avuto contatti* con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? NO SI

sei stato/a a contatto* con persone sottoposte a quarantena? NO SI

sei stato/a contatto* con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? NO SI

hai avuto contatti* con persone con: NO SI

tosse NO SI

febbre NO SI

difficoltà respiratorie NO SI

hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria? NO SI

ospedale NO SI

poliambulatori NO SI

medico di famiglia NO SI

*per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore di un metro superiore a 15 minuti

Data di compilazione:/...../.....

Firma: