

Ho viaggiato

- Da solo
 Insieme ai seguenti componenti del nucleo familiare _____
 Insieme ad amici _____

Durante il periodo di soggiorno o al rientro uno o più dei miei famigliari/amici manifestavano sintomi simil-influenzali No Sì, se si specificare _____

D. Provegno da territori e/o ho frequentato luoghi dove sono stati riscontrati casi di Covid-19

- No Sì, se si specificare _____

Data del presunto contatto _____/_____/_____

(si intende un contatto oltre 15 minuti in ambiente chiuso a distanza inferiore di un metro e senza mascherina)

Dati del soggiorno _____

In caso di risposta positiva al punto A e/o B mi impegno a

- A CONTROLLARE E REGISTRARE LA TEMPERATURA CORPOREA DUE VOLTE AL GIORNO** (mattina e sera) e l'eventuale comparsa di sintomi segnalandoli subito al MMG o al SIS (team Coronavirus)
 OSSERVARE LE REGOLE DELL'ISOLAMENTO FIDUCIARIO ANCHE SE L'ESITO DEL TAMPONE È NEGATIVO

In caso di risposta positiva al punto C e/o D dichiaro

- DI AVERE OSSERVATO LE REGOLE DI DISTANZIAMENTO SOCIALE E DI UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE** in caso di uscita durante il periodo e di essere a conoscenza che devo mantenere l'isolamento fiduciario fino ad esito negativo del tampone. Sono stato informato che l'esito negativo del tampone non esclude la possibilità di essere un potenziale veicolo per la trasmissione del virus e che pertanto sarebbe preferibile osservare strettamente il distanziamento sociale anche a domicilio, in particolar modo se convivente con anziani, bambini o malati cronici.
 DI NON ESSERE IN GRADO DI ASSICURARE QUANTO SOPRA per tanto sono consapevole di dover osservare l'isolamento domiciliare fiduciario anche in caso di negatività al test diagnostico.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Informativa per il Trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo, Titolare del trattamento dei dati e struttura sanitaria abilitata allo svolgimento del test molecolare presso il drive point dell'Ospedale di Belcolle di Viterbo, e la Regione Lazio raccoglieranno e registreranno i suoi campioni prelevati nel corso di questa attività insieme ai suoi principali dati identificativi ed ad eventuali sintomi riferibili a Covid-19 limitatamente allo scopo espresso dalla normativa vigente volta al contrasto dell'emergenza epidemiologica esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare la suddetta emergenza. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Base giuridica dei trattamenti in questione si rinviene nell'articolo 6 lettera e) del Regolamento UE 2016/679 [svolgimento da parte del Titolare del trattamento di un compito di interesse pubblico e l'esercizio di un pubblico potere] nonché ai sensi dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera h) [finalità di diagnosi, terapia e cura svolta dal citato Titolare del trattamento] e dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "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 e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per la gestione dell'intero percorso di indagine e la decisione di non conferirli rende impossibile procedere al test. L'interessato può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento, Asl di Viterbo, i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679 anche per il tramite del Data Protection Officer aziendale contattabile all'indirizzo dpo@asl.vt.it. Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento UE 2016/679 rimane impregiudicato il diritto dell'interessato qualora ne ricorrano le condizioni, di rivolgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità descritte nel sito www.garanteprivacy.it ASL di Viterbo Via Enrico Fermi, 15 01100 Viterbo 0761 236703.

Data _____

Firma _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19