azienda sanitaria locale
matera

Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 28/12/2000 n. 445
(SCREENING PER COVID-19)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

dichiara sotto la propria responsabilità

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena per COVID-19
- di non essere risultato positivo al COVID-19

riferisce di avere

- TOSSE ☐ NO ☐ SI
- DIFFICOLTA' RESPIRATORIA ☐ NO ☐ SI

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 l'Azienda Sanitaria di Matera procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa 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. Al interno della nostra organizzazione i dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificamente autorizzati. Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria di Matera. 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 _____ FIRMA _____

Riservato all'operatore :

TEMPERATURA < 37,5 ☐

TEMPERATURA > 37,5 ☐

Direttiva Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata n. prot. 73407/13A2 del 05/05/2020