

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000
SCHEMA TRIAGE COVID 19

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

consapevole delle conseguenze penali previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA, per quanto di propria conoscenza sotto la propria responsabilità:

CRITERIO 1 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)		
PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno)		
Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____		
CRITERIO 2 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)		
PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due)		
Rinite (raffreddore, mal di gola,...)/Faringodinia (difficoltà a deglutire)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea/vomito/diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disosmia/disgeusia (alterazione olfatto/gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____		
CRITERIO 3 SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (almeno uno)		
Quarantena in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soggiornato o transitato negli ultimi 14 giorni in un Paese ricompreso tra le zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatto stretto negli ultimi 14 giorni con caso confermato di Covid -19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere alla sede di espletamento del concorso se non in possesso di certificato di avvenuta guarigione.

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 la nostra Azienda procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa in materia 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.

All'interno della nostra Azienda i dati potranno essere conosciuti solo dai soggetti specificatamente autorizzati e istruiti.

Titolare del trattamento è l'ASL Città di Torino. 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.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del Protocollo Covid di sicurezza adottato per ridurre il rischio di contagio in occasione dell'espletamento delle prove concorsuali.

Firma del candidato: _____ data _____