

COGNOME E NOME:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

CELLULARE/TELEFONO:

INDIRIZZO EMAIL:

MEDICO CURANTE:

È in trattamento con farmaci immunosoppressori (es. ciclosporina, metotrexate, ecc.)?

SI NO

È in terapia con cortisone da molto tempo?

SI NO

Fuma?

SI NO

Ha avuto febbre, astenia, sintomi influenzali (con disturbi respiratori come tosse o gastroenterici come diarrea) o alterazioni del gusto o dell'olfatto dall'inizio epidemia?

SI NO

Se sì, specificare quali e quando si sono manifestati tali sintomi:

.....

.....

Si acconsente a sottoporsi agli accertamenti (tampone nasofaringeo e/o test sierologico) essendo stato informato che la finalità dell'iniziativa è la prevenzione per il contenimento del contagio da Covid-19. Si solleva l'Amministrazione comunale e gli operatori sanitari da possibili danni derivanti direttamente o indirettamente dal prelievo del campione mucosa faringea.

Trattamento dei dati personali

1. Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 101/2018 e s.m.i., i dati personali da Lei forniti verranno trattati per le sole finalità di sicurezza anti-contagio Covid-19.

2. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma opportuno per eventuale attività di sicurezza.

3. I dati non saranno oggetto di diffusione; potrebbero essere comunicati all'ASM e/o ai Carabinieri in caso di sospetto/conclamato caso di contagio da Covid-19.

4. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Stigliano.

5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione dei dati) nei confronti del titolare del trattamento, ex art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Stigliano, li

Firma del soggetto che effettua il test
(o genitore del minore)

.....