



**AUTOCERTIFICAZIONE PER SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di NON essere sottoposto/a alla misura della quarantena
- di NON essersi sottoposto/a a tampone
- di essersi sottoposto/a a tampone in data \_\_\_\_\_ con esito \_\_\_\_\_

**1- Sintomi nelle 3 settimane precedenti ad oggi**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre $\geq 37.5^{\circ}$ C | <input type="checkbox"/> Alterazione gusto e/o olfatto |
| <input type="checkbox"/> Tosse                        | <input type="checkbox"/> Diarrea e/o vomito            |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola                  | <input type="checkbox"/> Dolori muscolari              |
| <input type="checkbox"/> Congestione nasale           | <input type="checkbox"/> Cefalea                       |
| <input type="checkbox"/> Dispnea                      | <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti        |

**2- Contatti a rischio di contagio nelle 3 settimane precedenti alla comparsa dei sintomi**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sintomi specifici in altri componenti della famiglia                 | <input type="checkbox"/> Partecipazione a incontri risultati focolai di sindrome parainfluenzale/polmonite ( $\geq 2$ persone affette) |
| <input type="checkbox"/> Occupazione ad alto rischio (tecnici di laboratorio, sanitari, ecc.) | <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti  |
| <input type="checkbox"/> Contatto non protetto con persona positiva COVID-19                  |  |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.asst-franciacorta.it](http://www.asst-franciacorta.it). Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA Srl	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI