

**ISTITUTO AUTONOMO CASE POPOLARI
DELLA PROVINCIA DI CAMPOBASSO**

Via Montegrappa, 23 – 86100 CAMPOBASSO

Telef. 0874/49281 - Fax 0874/65621

Sito internet: www.iacpcampobasso.it

PEC: iacpcampobasso@pec.it

Motivo dell'ingresso:

Dati identificativi

Cognome	
Nome	
Data di nascita	/ /
Luogo di nascita	(Pr.)
Comune di residenza	(Pr.)
Indirizzo	n.....
Recapito telefonico 1	
Recapito telefonico 2	
Documento di riconoscimento	Tipo: n. Rilasciato da: il / / scad. / /
Codice fiscale	

Per garantire la sicurezza e per organizzare al meglio il suo accesso c/o l'Ente le verranno poste, previo consenso, alcune domande per la verifica dati secondo le indicazioni del Ministero della Salute relative all'emergenza SARS-COV-2

(<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/homeNuovoCoronavirus.html>)

Nell'ultimo mese ha presentato uno dei seguenti sintomi?	s	no
Febbre > 37,5° C		
Congiuntivite		
Raffreddore		
Mal di gola		
Tosse		
Difficoltà respiratorie		
Malessere generale		
Disturbi del gusto e dell'olfatto		
Altro		

Se sì, da quanto tempo? Giorni

	sì	no
Ha avvisato il medico curante?		
E' stato a contatto con casi accertati di COVID-19 (tampone positivo)?		
E' stato a contatto con casi dichiarati sospetti (COVID-19)?		
Ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti affetti da SARS-COV-2?		
Ha effettuato viaggi negli ultimi 40 giorni?		
Se sì, dove? In Provincia?		
In Regione?		
In Italia?		
Estero?		

Consapevole che le dichiarazioni mendaci comporteranno l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.445/2000, il/la sottoscritto/a dichiara che le informazioni riportate nel presente questionario corrispondono a verità.

Autorizza l'Ente in epigrafe al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti nel presente modulo ed alla loro conservazione ai sensi del Reg. Eu. 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data, _____

Firma