

ALLEGATO3: TRIAGE PER VALUTAZIONE PRESENZA DI SINTOMI COVID-19

Cognome _____ Nome _____

Data Nascita _____ Sesso M F

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

RIFERISCE E DICHIARA

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| TOSSE / MAL DI GOLA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| RAFFREDDORE | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DOLORE MUSCOLARE / SPOSSATEZZA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| NAUSEA / VOMITO / DIARREA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ALTERAZIONE DI GUSTO / OLFATTO | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| HA EFFETTUATO UN TAMPONE RAPIDO CON ESITO POSITIVO | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| È STATO SOTTOPOSTO A VACCINO ANTI-COVID19? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| SE SÌ, LA SOMMINISTRAZIONE DELLA DOSE È AVVENUTA IN DATA | / | / |

E

(compilare SOLO nel caso in cui si ricada nelle seguenti situazioni)

CASO DI PAZIENTE A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 nei 14 giorni precedenti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 ed ha effettuato un TAMPONE con esito NEGATIVO dopo un periodo di quarantena di 10 giorni | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

CASO DI PAZIENTE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

(da compilare SOLO nel caso in effettuazione di Test Sierologico IgG)

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| È STATO SOTTOPOSTO A MISURE RESTRITTIVE A SEGUITO DI POSITIVITA' AL VIRUS SARS-COV2? (ISOLAMENTO O QUARANTENA) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Data..... Ora..... Firma

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da ATA – ATO 5AP - per le finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, di cui all'art. 12 dell'Avviso di selezione pubblica e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità. I dati di contatto per esercitare i Suoi diritti in tema di protezione dei dati sono disponibili sul Bando di Selezione.