

Informativa misure di prevenzione per CoViD-19 in emergenza

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____,
residente in _____ Prov. (____) Via/P.zza _____
telefono _____ C.F.: _____

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000 di essere stato/a informato/a dagli operatori del Centro Famiglie Nuovi Legami Tuscolano che prima di accedere al centro dovrà essere obbligatoriamente munito di mascherina e di compilare il seguente questionario e sottoporsi alla misurazione della temperatura corporea e igienizzazione delle mani; inoltre di essere stato/a informato/a di quanto qui di seguito riportato:

L'ASL RM2 si fa carico

- della sanificazione degli ambienti;
- della misurazione della temperatura corporea.

L'Ente Gestore del servizio si fa carico

- della progettazione e gestione degli spazi con la finalità di mantenere il distanziamento interpersonale tra operatore e utente di almeno 1 metro negli incontri;
- di mantenere una adeguata areazione naturale;
- di garantire la presenza di appositi disinfettanti per le mani;
- di promuovere l'utilizzo di idonei dispositivi di protezione da parte degli operatori tempestivamente formati sulla gestione della emergenza Covid - 19.

IO sottoscritto/a _____,
come sopra identificato/a, a seguito dell'informativa sopra ricevuta, dichiaro quanto segue:

- il/la sottoscritto/a, o le persone eventualmente conviventi, sono attualmente in quarantena o sono risultati positivi al COVID-19?
SI NO
- il/la sottoscritto/a, o le persone eventualmente conviventi, negli ultimi 14 giorni hanno accusato sintomi febbrili, con temperatura superiore a 37,5°C, mal di gola, tosse e/o raffreddore, difficoltà a riconoscere odori e sapori?
SI NO
- negli ultimi 14 giorni ha convissuto con familiari in isolamento fiduciario o che hanno avuto sintomi simil influenzali quali febbre, mal di gola, tosse, dispnea?
SI NO
- il/i proprio/i figlio/i convivente/i non è/non sono in quarantena o risultato/i positivo/i al COVID-19?
SI NO
- il/i proprio/i figlio/i convivente/i non presenta/presentano sintomi febbrili, mal di gola, tosse e/o raffreddore?
SI NO

I dati personali e sensibili raccolti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento degli interventi richiesti e nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679.

In fede,

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

