CERDO CENTRE POUR L'ETUDE, LA RECHERCHE ET LA DIFFUSION OSTEOPATHIQUES	Sistema di gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001:2015 Requisiti di base per i prestatori di servizi per l'istruzione e la formazione non formale UNI ISO 21001:2018	**Mod. Cons. Informato COVID 19**
	CONSENSO INFORMATO COVID 19	

Il sottoscritto _____

Nato a / il _____

Residente a _____

nella sua qualità di studente/docente/assistente/dipendente della Scuola di Osteopatia C.E.R.D.O. S.R.L.

DICHIARO CHE

TRIAGE PER COVID-19

Non sono, per quanto a mia conoscenza, attualmente affetto da COVID19
Non sono posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva
Negli ultimi quattordici giorni ho avuto i seguenti sintomi

Screening sintomi infezione SARS CoV-2	**SI**	**NO**
Febbre > 37.5° C		
Tosse secca		
Affaticamento		
Produzione di espettorato		
Dispnea		
Mialgia o artralgia		
Mal di gola		
Mal di testa		
Vomito		
Diarrea		
Disgeusia (alterazione del gusto)		
Anosmia (alterazione dell'olfatto)		

Negli ultimi quattordici giorni

Sintomi a rischio di infezione da SAR-CoV-2	**SI**	**NO**
Ha avuto familiari o contatti stretti (<1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
È stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
È stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da COVID19 per doppio tampone negativo?		

Accetto altresì che mi venga rilevata la temperatura corporea ad ogni accesso a Scuola

Data _____ **(FIRMA)**

_____

CONSENSO INFORMATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento nell'apposita informativa, dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei miei dati sensibili indicati per le finalità di cui al punto

1 (Prevenzione da contagio da COVID-19) ☐ SI ☐ NO Firma_____