AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

SCHEDA TRIAGE COVID

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA, per quanto di propria conoscenza sotto la propria responsabilità:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIO 1**(i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base) | | | |
| **PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno)** | | | |
| Febbre >37.5° | SÌ | NO | |
| Tosse | SÌ | NO | |
| Difficoltà a respirare | SÌ | NO | |
| Data di insorgenza dei sintomi: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | SÌ | NO | |
| **CRITERIO 2** (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base) | | | |
| **PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due)** | | | |
| Rinite (raffreddore, mal di gola), Faringodinia (difficoltà a deglutire) | SÌ | | NO |
| Congiuntivite | SÌ | | NO |
| Mialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza) | SÌ | | NO |
| Nausea/vomito/diarrea | SÌ | | NO |
| Disosmia/disgeusia (alterazioni olfatto/gusto) | SÌ | | NO |
| Data di insorgenza dei sintomi: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | SÌ | | NO |
| **CRITERIO 3 SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (almeno uno)** | | | |
| Quarantena in atto | SÌ | | NO |
| Soggiornato o transitato negli ultimi 14 giorni in un Paese ricompreso tra le zone a rischio secondo le indicazioni dell’OMS | SÌ | | NO |
| Contatto stretto negli ultimi 14 giorni con caso confermato di Covid-19 | SÌ | | NO |

Consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere alla sede di espletamento del concorso se non in possesso di certificato di guarigione.

**Informativa semplificata circa il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016.** La informiamo che, ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento UE 679/2016, la nostra Azienda procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali e nel rispetto degli obblighi e delle garanzie delle norme di legge, contrattuali e regolamentari.

I dati personali da Lei forniti sono raccolti, sulla base del legittimo interesse del Titolare, per esclusive finalità di sicurezza, in considerazione alla gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19.

All’interno della nostra Azienda i dati potranno essere conosciuti solo dai soggetti specificatamente autorizzati e istruiti.

Titolare del trattamento è la Piccola Casa della Divina Provvidenza. L’interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal regolamento UE. I suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, nel rispetto degli obblighi di conservazione e dei limiti previsti dalla legge.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del Protocollo Covid di sicurezza adottato per ridurre il rischio di contagio in occasione dell’espletamento delle prove concorsuali.

Firma del candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_