



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Direttore Sanitario Dott. Achille Bombarda

Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

## AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 28/12/2000 N. 445

COGNOME

NOME

CELLULARE

### DICHIARA CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

#### HA AVUTO DUE DEI SEGUENTI SINTOMI:

FEBBRE, TOSSE o difficoltà a respirare, NAUSEA – VOMITO – DIARREA –

MAL DI GOLA – RAFFREDDORE PERDITA DEL GUSTO O ODORATO – CONGIUNTIVITE

NO

SI

È STATO IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA

NO

SI

#### È STATO A CONTATTO STRETTO O PROLUNGATO CON SOGGETTO POSITIVO O SOSPETTO POSITIVO AL COVID-19

in ambito familiare, lavorativo e sociale negli ultimi 14 giorni

NO

SI

Se si:

è stato in **isolamento fiduciario domiciliare** (quarantena)?

NO

SI

se sì, qual è Stato l'ultimo giorno di isolamento .....

**Nel caso di risposta affermativa alle condizioni sopra elencate e nel caso non siano trascorsi ancora 14 giorni di isolamento fiduciario, l'accesso alla struttura non sarà consentito.**

**Ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento.**

#### RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento

NO

SI

Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi

NO

SI

**Nel caso di entrambe le risposte negative, ricontattare la struttura per riprogrammare l'appuntamento. L'accesso non sarà consentito.**

Nell'ultima settimana è stato sottoposto al **tampone rapido o molecolare**?

NO

SI

Quando ..... Esito .....

Ha eseguito il **vaccino**?

NO

SI

Quante dosi:  1  2  3

Il trattamento è lecito in quanto necessario come obbligo di legge ex art. 6, par. 1) lett. e) GDPR ovvero per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico ex art. 9, par. 2 lett. g) GDPR e artt. 2-ter e 2-sexies del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 recante Codice in materia di protezione dei dati personali, così come modificato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Io sottoscritto/a vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, **ACCONSENTO** al trattamento dei dati riportati nel presente modulo.

Data ..... Ora ..... Firma dell'utente .....