



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

DATA DI NASCITA

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

(solo se si risponde alla domanda successiva)

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.

DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI SOGGETTO 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.

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