

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano	MODULO AZIENDALE AUTODICHIARAZIONE RISCHIO COVID – PRESTAZIONI AMBULATORIALI	REV. 0	Pag. 1 / 1
		ASSTNM-PO-033 ALL. 5	

GENTILE UTENTE,

LA PREGHIAMO DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO E DI CONSEGNARLO AGLI OPERATORI DELLA SEDE DOVE EFFETTUA LA PRESTAZIONE.

PAZIENTE

ACCOMPAGNATORE

NOME E COGNOME _____ NATO/A IL _____

N° DI TELEFONO _____

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA MANIFESTATO ALCUNI DI QUESTI SINTOMI?		
FEBBRE SUPERIORE A 37,5°	Sì	No
TOSSE	Sì	No
MAL DI GOLA	Sì	No
DISPNEA (DIFFICOLTA' NELLA RESPIRAZIONE)	Sì	No
NAUSEA E/O VOMITO E/O DIARREA	Sì	No
ANOSMIA (DIFFICOLTA' A PERCEPIRE GLI ODORI)	Sì	No
DISGEUSIA/AGEUSIA (DIFFICOLTA' A PERCEPIRE I SAPORI/ASSENZA DEL GUSTO)	Sì	No
RINITE (NASO CHIUSO; NASO CHE COLA)	Sì	No

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO?		
CONTATTO CON PERSONA POSITIVA COVID-19 (CONTATTO STRETTO, AD ES. FAMILIARE CONVIVENTE, COLLEGA DI LAVORO CON SPAZIO IN CONDIVISIONE, ETC.)	Sì	No

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY, REDATTA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E PRESENTE SUL SITO WWW.ASST-NORDMILANO.IT E NEGLI SPAZI AZIENDALI

NOTE

ESPRIMO INOLTRE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI

DATA _____ FIRMA* _____

* IN CASO DI PAZIENTE MINORE/INTERDETTO, FIRMA DELL'ACCOMPAGNATORE