

AUTOCERTIFICAZIONE PER INGRESSO/PARTECIPAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO COVID-19

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____

n. telefono. _____

Rilevazione temperatura corporea

(nella stessa giornata dell'accesso) _____ (°C gradi centigradi)

IL SOCIO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE

1. Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19) e/o è soggetto attualmente alla misura della quarantena ovvero sono positivo al COVID-19?

NO

SI'

2. E' stato sottoposto a oppure è in attesa di tampone nasofaringeo per COVID -19?

NO

SI' (indicare esito e data esecuzione) _____

3. Presenta anche solo una delle seguenti condizioni:

- temperatura superiore a 37,5° nelle ultime 48 ore
- ha assunto antipiretici da meno di 12 ore
- tosse secca
- respiro affannoso/difficoltà respiratorie
- dolori muscolari diffusi
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- alterazione del senso del gusto e/o olfatto

NO

SI' (indicare quali sintomi presenta)

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data_____

Firma_____

Informazioni sul trattamento dei dati personali: l'Associazione Italiana Dislessia, in qualità di Titolare del trattamento tratterà i dati nel rispetto dei principi stabiliti dall'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679

Le privacy policy complete di Associazione Italiana Dislessia sono reperibili al seguente indirizzo web: <http://www.aiditalia.org/it/privacy>