



**RACCOLTA DI INFORMAZIONI FINALIZZATA
ALLE MISURE DI PREVENZIONE DEI CONTAGI DA CORONAVIRUS**

Il sottoscritto/a _____

con la sottoscrizione della presente scrittura dichiara

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Ha avuto un'infezione confermata da SARS-CoV-2? | NO | SI |
| 2. In questo momento ha febbre? | NO | SI |
| 3. Ha avuto febbre negli ultimi 14 giorni? | NO | SI |
| 4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto problemi respiratori, come tosse o difficoltà respiratoria ? | NO | SI |
| 5. È stato negli ultimi 14 giorni in Cina o altri Paesi ad alta incidenza di infezione? | NO | SI |
| 6. È stato negli ultimi 14 giorni in aree italiane ad alta incidenza di contagio SARS-CoV2 ? | NO | SI |
| 7. Ha avuto contatti con persone con accertata infezione SARS-CoV-2 negli ultimi 14 giorni? | NO | SI |
| 8. Negli ultimi 14 giorni è venuto a contatto con persone che provenivano da aree estere oppure da aree in Italia (con alta incidenza di contagio) che avevano febbre o problemi respiratori documentati ? | NO | SI |
| 9. Negli ultimi 14 giorni ci sono state per lo meno due persone a stretto contatto con voi, con situazione documentata di febbre o problemi respiratori? | NO | SI |
| 10. Di recente ha partecipato a conferenze, riunioni, incontri oppure, ha avuto contatti stretti con persone non note ? | NO | SI |

Questi dati verranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in linea con l'informativa che ha già firmato in occasione dell' incarico professionale conferitomi.

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante _____