

DICHIARAZIONE PER ACCESSO AI LOCALI DELL'ORDINE

Luogo _____ data ____ / ____ / ____ ora _____

Cognome _____ Nome _____ Azienda _____

SI INFORMA CHE:

1. SUSSISTE L'OBBLIGO DI SEGNALARE AL PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

- ✓ SE HA SOGGIORNATO IN AREE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO COME IDENTIFICATE DALL'OMS (OMS -art.3 co.1 del DPCM 01/03/2020);
- ✓ SIA TRANSITATO O ABBIATO SOSTATO IN AREE CON EVENTUALE DIVIETO DI ACCESSO O DI ALLONTANAMENTO (es.: aree di cui all' all. 1 del DPCM del 01/03/2020 s.m.i.)

2. È **OPPORTUNO RIMANERE A CASA** QUALORA SI MANIFESTINO EVENTUALI SINTOMI INFLUENZALI (anche lievi) E A CONTATTARE IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE. IN PARTICOLARE, **LA INVITIAMO AD ASTENERSI DALL'INGRESSO** PRESSO I LOCALI DELL'ORDINE IN PRESENZA DEI SEGUENTI SINTOMI INFLUENZALI:

- ✓ TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5 °C
- ✓ TOSSE
- ✓ DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA

E DI RECARSÌ AL PROPRIO DOMICILIO E AVVERTIRE TEMPESTIVAMENTE IL NUMERO UNICO DELL'EMERGENZA 112.

3. FERMO QUANTO SOPRA, **LA INVITIAMO AD ASTENERSI DALL'INGRESSO** SE:

- ✓ SI È STATI IN CONTATTO STRETTO CON UNA PERSONA AFFETTA DA COVID-19 (come da definizione della DIRETTIVA MIN. SAL. Del 25/02/2020)
- ✓ SI È RICEVUTA COMUNICAZIONE DA PARTE DELLE AUTORITÀ COMPETENTI IN MERITO AD UN PROPRIO CONTATTO STRETTO CON UNA PERSONA CONTAGIATA DA NUOVO CORONAVIRUS COVID-19
- ✓ SI HANNO CONVIVENTI CHE SI TROVINO NELLE FATTISPECIE SOPRA DESCRITTE

LA INVITIAMO AD **ADOTTARE** NEI LOCALI DELL'ORDINE LE **MISURE PREVENTIVE** INDICATE DAL MINISTERO DELLA SALUTE E RIPORTATE ALL'INGRESSO DEI LOCALI SU APPOSITA INFOGRAFICA.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della tutela anticontagio Covid-19

Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della tutela anticontagio Covid-19

Firma
