

SCHEDA ANAMNESI SPECIFICA COVID-19

Nome..... Cognome

Data di nascita...../...../.....

Sesso M F

Riferisce febbre pregressa NO SI Se si, Temperatura

Tosse NO SI

Disturbi Respiratori NO SI

Barrare le opzioni positive:

- negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi all'estero in aree a rischio?
- negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con casi sospetti, comprovato di COVID-19 o con persone in quarantena?
- negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie o sindrome influenzale?
- oggi ha avuto febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie o sindrome influenzale?

Informativa circa il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR)

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che la nostra società procederà al trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali e nel rispetto degli obblighi e delle garanzie delle norme di legge, contrattuali e regolamentari.

I dati personali da Lei forniti sono raccolti, sulla base del legittimo interesse del Titolare, per esclusive finalità di sicurezza in considerazione alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

All'interno della nostra organizzazione i dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati e istruiti e saranno conservati per 30 gg.

Data/...../..... ora

Firma paziente.....

- **Mondovì** Via Beccaria 16
- **Fossano** Via Monterosa 12
- **Alba** Via Pietro Micca 2

☎ 0174.40336



info@ambulatoriobios.it

ISO 9001: 2015
Medicina del lavoro – Corsi di Formazione

