

### Checklist di valutazione per l'ingresso dei visitatori

L'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti.

Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande:

DATI ANAGRAFICI			
Cognome		Nome	
Data di Nascita		Luogo di nascita	
Comune di residenza		Via	
Contatto telefonico		Mail	

Negli ultimi 14 giorni: (segnare solo le risposte affermative)	
<input type="checkbox"/>	Ha avuto un contatto stretto* o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus Covid-19?
<input type="checkbox"/>	Ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc)?
<input type="checkbox"/>	Ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con Covid-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc)?
<input type="checkbox"/>	Ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per Covid-19?
<input type="checkbox"/>	È deceduto, inaspettatamente un familiare, un convivente o una persona abitualmente frequentata con diagnosi o sospetto Covid-19?
<p><b>* i contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);</li> <li>• Hanno avuto contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);</li> <li>• Hanno avuto contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore di 15 minuti;</li> <li>• Si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro;</li> <li>• Sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi del caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.</li> </ul>	

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?			
Febbre (TC > 37,5° c.) da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura			
Tosse		congiuntivite	Mal di testa
Astenia		Diarrea	Raffreddore
Dolori muscolari		Vomito	Mal di gola
Aritmia (tachi o bradiritmia) o episodi sincopali		Anosmia (disturbi della percezione di odore)	a-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)

Scegliere una delle seguenti opzioni	
<input type="checkbox"/>	Ha completato il ciclo vaccinale primario (1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> dose) seguito dalla somministrazione di una dose booster
<input type="checkbox"/>	Ha completato il ciclo vaccinale primario (1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> dose) seguito dall'avvenuta guarigione dall'infezione da Sars-CoV-2

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ha completato solo il ciclo vaccinale primario (1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> dose) in assenza della dose booster o in assenza dell'avvenuta guarigione dall'infezione da Sars-CoV-2 o è esentato alla vaccinazione, ma in possesso dell'esito negativo del test antigenico rapido eseguito nelle 48 ore precedenti l'accesso |
|--------------------------|---|

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

#### **Informativa sulla privacy ai sensi del Reg. UE 679/2016**

Si informa che i dati conferiti attraverso la compilazione del presente modulo, sono necessari per permettere il Suo ingresso in struttura, così come suggerito dall'Istituto Superiore di Sanità per le RSA.

La Fondazione Villa d'Argento, in qualità di Titolare del Trattamento dei dati, avrà cura di usare gli stessi esclusivamente per le finalità espresse nel presente modulo, in ogni caso rispettando quanto stabilito in materia dal Reg. UE 679/2016.

I dati saranno trattati dal personale della Fondazione, espressamente autorizzato, e trasmessi unicamente ad altri Enti collegati al servizio di adempimento di obblighi di legge e di interesse pubblico rilevante; verranno altresì comunicati alle forze dell'ordine, qualora venga richiesto.

Le informazioni ricevute saranno trattate con modalità cartacee e telematiche secondo il principio di minimizzazione dei dati, conservate per il tempo necessario alla loro funzione.

Il conferimento dei dati è facoltativo ed è richiesto il Suo espresso consenso (ai sensi degli art.6 par.1 lett. a) e art.9 par.2 lett. a) del GDPR), in mancanza non le sarà possibile accedere in struttura.

Ciò premesso si chiede di esprimere la Sua volontà in merito al trattamento dei Suoi dati, come sopra esplicitato:

- ACCONSENTO  
 NON ACCONSENTO

Si rende noto che Le è data facoltà di esercitare i diritti enunciati dagli artt.15 e ss. Del Reg. UE ed in particolare potrà in qualsiasi momento richiedere: la cancellazione, la rettifica, la revoca, la limitazione dei dati; inoltre potrà chiedere di accedere agli stessi e proporre reclamo al titolare del trattamento o direttamente all'Autorità Garante.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

<b>Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)</b>				
<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		
In base alla valutazione effettuata è autorizzato/a all'accesso in struttura			SI	NO
In base alla documentazione esibita è autorizzato/a all'accesso in struttura			SI	NO
Motivazione della richiesta di ingresso		Visita alla sig.ra / al sig. _____		
		Altro _____		
Firma _____				