

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CITTA' DI RESIDENZA _____ TEL. CELLULARE _____

E-MAIL _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

RIFERISCE E DICHIARA

DATI ANAMNESTICI (compilare indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO)		
FEBBRE SUPERIORE A 37,5° C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RECENTE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA (DISPNEA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RINITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FARINGODINIA (es.: MAL DI GOLLA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MIALGIE / ASTENIA (es.: DOLORE MUSCOLARE, SPOSSATEZZA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NAUSEA, VOMITO O DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISOSMIA (es.: ALTERAZIONE OLFATTO)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISGEUSIA (es.: ALTERAZIONE GUSTO)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATI EPIDEMIOLOGICI (compilare indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO)		
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FAMIGLIARI DI CASI ACCERTATI O SOSPETTI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI OCCASIONALI CON PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FREQUENTA O LAVORA IN UNA STRUTTURA SANITARIA IN CUI SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI – Se SI, dove: <input type="checkbox"/> Italia Indicare la regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Indicare la nazione _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici, anamnestici ed epidemiologici riferiti corrispondono al vero e sono **riferiti alla data di compilazione della presente autocertificazione**. Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a **comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'eventuale insorgenza di qualunque sintomo** tra quelli descritti nella presente scheda.

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate dalle normative nazionali e regionali vigenti, nonché quelle previste da **MEDI K Srl** in fase di svolgimento dell'evento.

Il/la sottoscritto/a prende atto e accetta che **MEDI K Srl** si riserva di trasmettere le informazioni che lo riguardano alle Autorità Sanitarie competenti nei casi e nelle modalità previste dalle disposizioni di legge applicabili.

Il/la sottoscritto/a prende atto e accetta che i dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato da **MEDI K Srl** per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità nel rispetto di quanto previsto del Regolamento UE n. 679/2016 (cd. GDPR) come da informativa in allegato.

Data di compilazione ____ / ____ / 2020

Firma _____

MEDI K s.r.l.

P.IVA e C.F. 03673330282
 R.E.A. n. 327846 C.C.I.A.A. Padova
 cap. soc. € 50.000 i.v.
 posta certificata: medik@pec.it

☎ **info@medik.net**
 🌐 **www.medik.net**
 ☎ **+39 049 8170700**
 ☎ **+39 049 2106351**

PADOVA

Sede legale e operativa
 Via Vincenzo Stefano Breda, 30
 35010 Limena
 PADOVA

MILANO

Sede operativa
 Corso Sempione, 72
 20145 MILANO

ROMA

Sede operativa
 Piazza Benedetto Cairoli, 2
 00186 ROMA

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Ue n. 679/2016 (cd. GDPR), si forniscono di seguito le informazioni in merito al trattamento dei dati personali dei soggetti che, durante l'emergenza COVID-19, c.d. Coronavirus, accedono ad eventi organizzati da **MEDI K Srl**, ai locali e agli uffici di **MEDI K Srl** o ad altri luoghi comunque a quest'ultima riferibili.

Titolare del trattamento

MEDI K Srl, con sede legale in Via S. Breda 30– CAP 35010 Limena – e-mail: info@medik.net

Tipologia di dati personali trattati e di interessati

Nei limiti delle finalità e delle modalità definite nella presente informativa, sono oggetto di trattamento:

- i dati attinenti alla temperatura corporea;
- le informazioni relative a contatti stretti ad alto rischio di esposizione, negli ultimi 14 giorni, con soggetti sospetti o risultati positivi al COVID-19;
- le informazioni relative alla provenienza, negli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

I dati personali oggetto di trattamenti si riferiscono a:

- personale di **MEDI K Srl** – Rispetto a tali interessati, la presente informativa integra quella già fornita per il trattamento dei dati personali funzionale all'instaurazione e all'esecuzione del rapporto di lavoro;
- partecipanti, relatori, moderatori, sponsor, fornitori, trasportatori, appaltatori, visitatori e ogni altro soggetto terzo autorizzati ad accedere ad un evento organizzato da **MEDI K Srl**, ai locali e agli uffici di **MEDI K Srl** o ad altri luoghi comunque a quest'ultima riferibili.

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e ssmm. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e ssmm.

Natura del conferimento dei dati personali

Il conferimento dei dati è necessario per accedere ad un evento organizzato da **MEDI K Srl** o per accedere ai locali e agli uffici di **MEDI K Srl** o ad altri luoghi comunque a quest'ultima riferibili. Un eventuale rifiuto a conferirli impedisce di consentire l'ingresso.

Modalità, ambito e durata del trattamento

Il trattamento è effettuato dal personale di **MEDI K Srl** che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento. Con riferimento alla misurazione della temperatura corporea, **MEDI K Srl** non effettua alcuna registrazione del dato. L'identificazione dell'interessato e la registrazione del superamento della soglia di temperatura potrebbero avvenire solo qualora fosse necessario documentare le ragioni che hanno impedito l'accesso. In tal caso, l'interessato sarà informato della circostanza.

I dati personali non saranno oggetto di diffusione, né di comunicazione a terzi, se non in ragione delle specifiche previsioni normative (es.: in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di un lavoratore risultato positivo al COVID-19). I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario a perseguire la citata finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e conservati non oltre il termine dello stato d'emergenza.

Diritti degli interessati

In qualsiasi momento, gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la relativa cancellazione. È, altresì, possibile opporsi al trattamento e richiederne la limitazione.

Queste richieste potranno essere rivolte a **MEDI K Srl**, con sede legale in Via S. Breda, 30 – CAP 35010 Limena, e-mail: info@medik.net. Inoltre, nel caso in cui si ritenga che il trattamento sia stato svolto in violazione della normativa sulla protezione dei dati personali, è riconosciuto il diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 – 00187 – Roma.

MEDI K S.r.l.

P.IVA e C.F. 03673330282
R.E.A. n. 327846 C.C.I.A.A. Padova
cap. soc. € 50.000 i.v.
posta certificata: medik@pec.it

✉ info@medik.net
🌐 www.medik.net
☎ +39 049 8170700
📞 +39 049 2106351

PADOVA

Sede legale e operativa
Via Vincenzo Stefano Breda, 30
35010 Limena
PADOVA

MILANO

Sede operativa
Corso Sempione, 72
20145 MILANO

ROMA

Sede operativa
Piazza Benedetto Cairoli, 2
00186 ROMA