

Questionario PRE TRIAGE per Ingresso ospiti presso centro AFFDOWN VCO di Verbania

Io sottoscritto…………………………………………………………………………. In qualità del familiare/ amministratore di sostento / tutore , dichiaro che il/la sig./sig.ra ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* NON ha avuto contatti stretti con persone affette da COVID-19 sospetto o cnfermato ma noto;
* NON ha avuto febbre nell’ultima settimana
* NON presenta tosse e/o difficoltà respiratorie
* NON presenta perdita del gusto
* NON presenta perdita della capacità di sentire gli odori

in fede,

Firma del famigliare/amministratore di sostegno / tutore

…………………………………………………………..

Firma dell’interessato (dove possibile)

……………………………………………………………

Luogo e data,………………………………………………

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel presente documento dell’ART. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003,n. 196 “Codice in materia di dati personali “ e dell’ART. 13 del GDPR ( Regolamento UE 2016/679)