



NUOVA
SALUS
DIAGNOSTICA

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo _____ N° _____ città _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

consapevole delle conseguenze penali rese per dichiarazioni mendaci richiede di effettuare il tampone per:

- Accesso libero
- Contatto con un caso positivo - data ultimo contatto: _____
- Sintomatico: Febbre (T ____) - Mal di gola - Tosse - Naso che cola - Perdita di sapore
Perdita di odore - Mal di testa - Stanchezza - Altro: _____
- Motivi di viaggio
- Motivi di lavoro
- Rientro da viaggio da (città) _____ (nazione) _____

Dichiara di aver scaricato e installato la APP "IMMUNI" sul proprio telefono: SI NO

Dichiara inoltre che in caso di esito positivo del test si impegna ad avvisare immediatamente il proprio medico di medicina generale (indicare nome e cognome del medico) _____

e si impegna a rispettare isolamento fiduciario presso:

indirizzo _____ città _____ prov. _____

Data

Firma del dichiarante

I suoi dati personali verranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e saranno conservati ai sensi dell'art. 5, par. 1, lett. e) del Regolamento Europeo per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, alla durata stato di emergenza sanitaria COVID 19 e, comunque, per tutto il periodo successivo necessario a definire eventuali studi scientifici, quali indagini cliniche ed epidemiologiche che verranno svolte in relazione alla pandemia in atto e/o comunque per il tempo necessario all'assolvimento dei compiti istituzionali correlati alla patologia e/o termini previsti dalla vigente normativa in materia di conservazione della documentazione sanitaria e/o tenendo conto di specifici termini di conservazione stabiliti per legge.