



Poliambulatorio
Centro IGEA
di Vecchia Carlo & C.
via Vittorio Veneto, 74
13011 Borgosesia (VC)
Tel. 0163/22499
igea@centro-igea.it

Allegato A

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____
il _____

dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott. Scarfone Leonello, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2. Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia –disturbi dell'olfatto, ageusia –disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Borgosesia, ___/___/___

L'interessato *

* in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale

I Genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale
(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

OGGETTO: CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto _____ [cognome e nome]

debitamente informato dal Titolare del trattamento dei dati, Veccia Carlo, in merito al trattamento dei miei dati personali e in merito ai diritti, come dettagliato nell'informativa a me resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. 2016/679:

- do il mio consenso / nego il mio consenso al trattamento dei miei dati per la finalità indicata in informativa: Dati personali (anagrafica, indirizzo, numero di telefono, mail, dati fiscali);

Data, ____

Firma _____

- do il mio consenso / nego il mio consenso al trattamento dei miei dati per la finalità indicata in informativa: Dati sensibili medici;

Data, ____

Firma _____

- do il mio consenso / nego il mio consenso al trattamento dei miei dati per la finalità indicata in informativa: Dati sensibili biometrici;

Data, ____

Firma _____

- do il mio consenso / nego il mio consenso alla comunicazione dei miei dati per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa;

Data, ____

Firma _____

Esprimo altresì il mio impegno a comunicarvi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni, integrazioni, limitazioni e/o cancellazioni dei dati in vostro possesso, secondo quanto previsto dagli art.li 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 23 del Reg. 2016/679.

CENTRO IGEA SAS

DI

VECCIA CARLO & C

SCHEMA OBBLIGATORIA PER ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residenza a _____

Riferisce:

FEBBRE SI NO

TOSSE SI NO

DISPNEA a insorgenza acuta SI NO

MAL DI GOLA SI NO

In presenza di sintomi il paziente deve dichiarare se nei quattordici giorni precedenti:

- ha avuto storia di viaggi o residenza all'estero in aree a rischio
- ha avuto contatto stretto con un caso probabile o confermato di Covid-19 (vivere nella stessa casa, contatto fisico senza protezioni come strette di mano, contatto a mani nude con fazzoletti di carta usati, contatto diretto faccia a faccia a meno di un metro)
- ha frequentato o lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da coronavirus SARS-COV2.
- ha partecipato a eventi con aggregazioni di persone (discoteca, feste, sagre ecc.)

Se in presenza di sintomi o almeno una delle condizioni sopra elencate, rivolgersi subito al medico di medicina generale, il Centro non potrà effettuare alcuna prestazione, ne va della garanzia della Sua sicurezza e quella degli altri e del Centro stesso.

Firma paziente _____ Operatore Sanitario _____

Borgosesia li _____ Ora _____