

**Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia Autonoma di Trento**

SCHEDA PRE-TRIAGE
Accesso sede Ordine delle Professioni Infermieristiche
iscritto, consigliere, revisore dei conti, utenza

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni CoViD-19, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta). La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a nato/a il

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

- ☐ di non avere avuto contatti non protetti con persone positive CoViD 19 o presenza di qualsiasi sintomo correlabile a CoViD-19, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni
- ☐ di non essere in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario
- ☐ di non presentare sintomatologia respiratoria o simil-influenzale: tosse, mal di gola, difficoltà respiro, congiuntivite, mancanza senso gusto e/o olfatto, diarrea
- ☐ di avere effettuato controllo TC prima dell'accesso alla struttura e di non avere febbre pari o superiore a 37.5° C in data odierna

Si impegna a rispettare, altresì, le misure e le indicazioni che le verranno prescritte ai fini dell'accesso agli uffici OPI Trento e si dichiara consapevole che i dati relativi a questo modulo verranno trattati in esecuzione di un compito di interesse pubblico (Art. 6 c. 1 lett. "e" RGPD) e per motivi di sanità pubblica (Art. 9 c. 2 lett. "i" RGPD) così come da specifica informativa ricevuta e visionata ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Luogo e data

Firma leggibile dell'interessato.....