



LICEO STATALE "G. Tarantino"
Scientifico - Scientifico opzione Scienze Applicate
Classico - Linguistico - Musicale

Via Quasimodo, 4 - 70024 Gravina in Puglia (BARI)
 baps07000g@istruzione.it – baps07000g@pec.istruzione.it
 Tel. 080.3267718 - Fax 080.3267789 – c.f. 82014370728



MODELLO 06

TRIAGE del Giorno: _____

MOTIVO dell'Ingresso: AMMINISTRATIVO LAVORATIVO

Cognome e Nome _____

residente in _____ (_____) tel. _____

Documento _____ n. _____

Per garantire la sua sicurezza e per organizzare al meglio il suo accesso presso l'Istituto le verranno fatte, con il suo consenso, alcune domande per verificare alcuni dati secondo le indicazioni del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/home/nuovocoronavirus.html). L'informativa viene resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/03 così come modificato con il D.Lgs. 101/2018. I dati personali saranno trattati unicamente al fine di prevenire il contagio da COVID-19 con riferimento ai protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7 lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e saranno conservati non oltre la durata dello stato di emergenza e non saranno diffusi o comunicati a terzi al di fuori dalle previsione delle vigenti normative.

| Nell'ultimo mese ha presentato uno dei seguenti sintomi | SI | NO |
|--|----|----|
| Febbre > 37,5°C | | |
| Congiuntivite | | |
| Raffreddore | | |
| Mal di gola | | |
| Tosse | | |
| Difficoltà respiratorie | | |
| Malessere generale | | |
| Se SI quando? | | |
| Ha avvisato il Medico curante? | | |
| Se SI quando? | | |
| È stato a stretto contatto con casi accertati? | | |
| Se SI quando? | | |
| È stato a contatto con casi dichiarati sospetti? | | |
| Se SI quando? | | |
| È stato in una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti affetti da COVID- 19? | | |
| Se SI quando? | | |
| E' risultato positivo al COVID 19? | | |
| Se SI quando? | | |

Consapevole che le false dichiarazioni comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel questionario corrispondono a verità. IL PRESENTE MODELLO HA VALORE DI DICHIARAZIONE PER IL GIORNO IN CUI ESSA E' STATA EFFETTUATA E PER I GIORNI SUCCESSIVI. IN CASO DI MUTATE CONDIZIONI LO/LA SCRIVENTE S'IMPEGNA A COMUNICARE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA EVENTUALI SINTOMI TRA QUELLI SOPRA RIPORTATI.

Letto, confermato e sottoscritto

Firma _____

Addetto alla ricezione

Firma _____