



**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 07**

TRIAGE del Giorno: \_\_\_\_\_

MOTIVO dell'Ingresso:  AMMINISTRATIVO     LAVORATIVO

Cognome e Nome.....  
 residente in..... tel. ....

Documento .....

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](http://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 previsioni delle vigenti normative.

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

Letto, confermato e sottoscritto

Firma \_\_\_\_\_

Addetto alla ricezione

Firma \_\_\_\_\_