

OGGETTO: PREVENZIONE TRASMISSIONE CORONAVIRUS

Gentile partecipante,
per TEDxReggioEmilia la promozione e la salvaguardia della salute sono un valore primario che non può essere derogato per alcun motivo.

Per garantire la salubrità dei nostri locali, del nostro personale e di staff chiediamo la sottoscrizione preventiva di questa autocertificazione a tutti i partecipanti (prima di entrare in visita). Il rifiuto alla sottoscrizione comporterà l'impossibilità ad accedere ai locali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del Dpr 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 della stessa normativa

DICHIARO**SCHEDA DI SCREENIG APPLICATA ALL' INGRESSO DI OGNI PARTECIPANTE**

DATA ora	
NOME e COGNOME	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)	
Contatto telefonico	
Email	

Negli ultimi 14 gg:

- ha avuto un contatto stretto* con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
- ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- ha avuto un contatto stretto con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
- ha eseguito un tampone per COVID-19 e non ha ancora ricevuto l'esito
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata
- se effettuati viaggi all'estero non ha rispettato il periodo di isolamento domiciliare previsto dalle autorità sanitarie / regolamentarie o non ha effettuato i tamponi di controllo previsti dalle autorità sanitarie / regolamentarie

* I contatti stretti di casi sospetti, probabili o confermati di COVID-19, negli ultimi 14 giorni, sono definiti come coloro che:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);

- hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.

Sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti alla insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- febbre (da accertare comunque anche al momento dell'ingresso da parte del personale designato)
 - tosse
 - astenia
 - dolori muscolari diffusi
 - mal di testa
 - raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea)
 - mal di gola
 - congiuntivite
 - diarrea
 - vomito
 - aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali
 - Anosmia (disturbi nella percezione di odore)
 - A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)
- Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di attenersi al regolamento interno*
- Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa privacy consegnatami ai sensi art. 13 Reg. UE 2016/679 (GDPR)*

Data _____

Firma _____

L'operatore del check point _____ rilevata la temperatura corporea

< 37.5°C

> 37.5 °C

e visto il contenuto della scheda di autovalutazione qui riportata

Autorizza l'ingresso del soggetto

Non autorizza l'ingresso del soggetto allontanandolo e invitandolo a contattare il proprio medico di base o la guardia medica mettendosi in isolamento.

Firma dell'operatore di check point

Data _____

Firma _____