CONSENS0 AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

RICCARDO Dr MAZZONI Medico chirurgo (Ordine di Prato NP 522) Spec. in Med. dello Sport (FMSI 14195)

Iscritto al Registro dei Medici Esperti in MNC Prot 295 del 23/04/04 Agopuntura, Ayur Veda, Omeopatia.

Il sottoscritto …….. Nato a..... il .....

Residente in via ..... …… N°……. Provincia……

Tel……/……/…….. C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Email ……..

Dichiara di essere stato/a informato/a su: DATA ……/……/…….. PROV……

1) Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione svolte dal proprio medico a tutela della propria salute

2) I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici, sostituiti, laboratorio analisi medici specialistici, farmacisti, aziende ospedaliere, casa di cura private e fiscalisti) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati.

3) Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché l'opporsi all'invio di comunicazioni commerciali

4) Il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale.

5) necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

_____

Caro/a Paziente,

facendo seguito al Decreto della Presidenza del Consiglio del Ministri 20200308 del 8 Marzo 2020

In merito all'infrazione da COVID-19, le chiediamo di rispondere con veridicità alle seguenti domande, con intento di contribuire alla limitazione del contagio collettivo, nell'interesse della comunità.

Presenta uno dei seguenti sintomi?

- Temperatura uguale o superiore a 37,5 C
- Tosse
- Mal di gola
- Rinorrea (secrezioni nasali)
- Difficoltà respiratoria
- Sintomatologia simil-influenzale

DATA	F I R M A

Rientra in una delle seguenti condizioni?

- Ha visitato negli ultimi 14 giorni una zona a rischio epidemiologico? (regione Lombardia e province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio-Emilia, Rimini, Pesaro, Urbino, Alessandria,Asti, Novara, Verbano-Cussio-Ossola,Vercelli, Padova, Treviso, Venezia)
- Ha visitato o lavorato negli ultimi 14 giorni in un mercato di animali vivi a Wuhan (Hubei,Cina)
- É stato a stretto contatto nello stesso ambiente negli ultimi 14 giorni con un caso sospetto o confermato di COVID-19 (famiglia, lavoro, mezzi di trasporto, strutture sanitarie ecc)
- È un operatore sanitario o altra persona impiegata nell' assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni diCOVID-19

Se risponde in maniera affermativa ad una delle suddette domande, si prega di riflettere sull'urgenza e sulla necessità effettiva di eseguire la visita per cui si è recato nel nostro studio medico, si invita a lasciare i nostri ambienti e a recarsi a domicilio

La ringraziamo per la comprensione e per la collaborazione che sarà preziosa per tutti noi.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

_____