

SCHEDA TRIAGE COVID-19

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Domiciliato in _____

Via _____

CRITERIO CLINICO

- Febbre SI - NO _____ Verifica tramite termometro _____
- Tosse SI - NO _____
- Dispnea SI - NO _____

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO

- Nei 14 giorni precedenti ha viaggiato in una delle seguenti zone a rischio: Cina, Corea del Sud, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna?
SI - NO se si specificare _____
- Nei 14 giorni precedenti la data odierna ha viaggiato o soggiornato in uno dei paesi della CE?
SI - NO se si specificare _____
- Ha avuto contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19?
SI - NO _____
- Lavora o ha frequentato una struttura sanitaria dove sono ricoverati pazienti con COVID-19?
SI - NO _____

Il cliente sotto propria responsabilità, dichiara che le informazioni di cui sopra corrispondono a verità e si impegna, inoltre, a informare tempestivamente il centro estetico Mia circa eventuali modifiche del proprio stato di salute nei 15 giorni successivi alla data odierna.

Roma lì _____

In fede _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679). I dati vengono raccolti e trattati anche a finalità Covid-19 per il quale il cliente presta espressamente il consenso e che i predetti dati, trattati in conformità del GDPR, verranno trattenuti per il termine massimo di 14 giorni previsto dal decreto.

In caso contrario in cui il cliente non presta il consenso non potrà usufruire dei servizi.

SI NO