

*Dipartimento Materno Infantile
U.O.C. Territoriale Materno Infantile
Medicina Scolastica*

Via Bambino n. 32 Catania tel 095 2545576 fax 095 2545574

Prot. N. 173395

Catania, 23/10/2020

Ai Dirigenti Scolastici

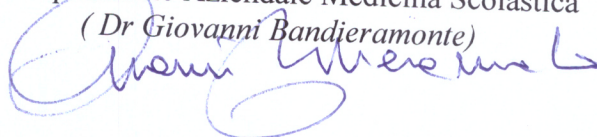
Ai Referenti-Covid delle scuole

OGGETTO: modelli per tampone drive in covid-19

Si trasmettono in allegato i **moduli** “consenso al trattamento dei dati personali” e “questionario covid” che **devono essere presentati già compilati** dai soggetti interessati, in caso di convocazione presso l’ASP per effettuare il **tampone drive in**.

Distinti saluti

Il Responsabile Aziendale Medicina Scolastica
(Dr Giovanni Bandieramonte)



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL DEI
REFERTI–STATO EMERGENZIALE DA CORONAVIRUS *ai sensi dell'art. 17bis del*
D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in _____
_____ telefono _____
C.F. _____ E-MAIL _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA PRESENTE

Carta di Identità 0 Passaporto 0 Altro () _____

N _____ rilasciato da _____

Il _____

X (barrare la casella di interesse)

per se medesimo;

esercitando la rappresentanza legale

In qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)
_____ genitore di _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

DICHIARA di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (ai sensi dell'art. 17bis del D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Catania li _____

Firma del Richiedente

QUESTIONARIO Covid

rev. 06.10.2020

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE

Cognome	Nome
Struttura di appartenenza	Medico Infermiere Laboratorista altro
Data dell'intervista	Luogo

Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato

Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	
Sintomatico Paucisintomatico Asintomatico	Contact tracing Screening _____

Sezione 3 – Tipo di esame

Test sierologico tipologia A	SI	NO	Data _____
Test sierologico tipologia B	SI	NO	Data _____
Test sierologico rapido	ESITO positivo	ESITO negativo	Data _____
Tampone rinfaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI	NO	Data _____
Tampone rinfaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	ESITO positivo	ESITO negativo	Data _____
Altro test specificare _____	SI	NO	Data _____

Sezione 4 – Storia clinica

Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____