

MODULO DI AUTODICHIARAZIONE COVID-19 – CORSO HS – BLSD

Per la Sua partecipazione al corso di formazione Le chiediamo di prendere visione delle informazioni seguenti.

In adempimento alle indicazioni del Ministero della Salute rispetto alla prevenzione di infezione da COVID-19, Le indichiamo che è prevista la registrazione della Sua presenza raccogliendo i Suoi dati personali che, oltre ai fini della certificazione, saranno conservati ed utilizzati per tracciabilità eventuale in caso di contagio scoperto dopo il corso.

È obbligo contattare il CSI BOLOGNA (051 40 53 18) in caso Lei sviluppi sintomi sospetti o in caso di riscontro di positività al tampone fino a 14 gg dopo il corso.

Le chiediamo di accettare le regole di prevenzione e distanziamento che sono state individuate e che Le vengono proposte in fase di accoglienza:

- **Indossare la mascherina chirurgica durante tutto il corso**
- **Utilizzare il gel disinfettante per le mani in ingresso ed ogni volta che Le viene proposto;**
- **Indossare guanti monouso quando le viene proposto**
- **Attenersi a tutte le disposizioni che il docente in aula le indicherà evitando spostamenti non autorizzati**

Le chiediamo inoltre di rispondere alle brevi domande sotto espresse, che ha già visionato precedentemente. Le sue risposte saranno trattate ai soli fini di garantire sicurezza durante lo svolgimento del corso di formazione a cui partecipa.

Ha contratto l'infezione Covid-19?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se sì quando?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
È in quarantena	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre, tosse, difficoltà respiratorie, influenza, congiuntivite, diarrea	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con persone affette da COVID-19	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Negli ultimi giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio, o incontrato persone provenienti da queste aree	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha avuto la perdita dell'olfatto o l'alterazione dello stesso e/o del gusto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Infine, chiediamo di **DICHIARARE ESPRESSAMENTE di non avere in atto** sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°C, tosse, stanchezza, mal di gola, mal di testa, diarrea, dolori muscolari, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto nelle ultime settimane.

Data		Firma	
------	--	-------	--