

## Autodichiarazione COVID-19: "Triage"

### **Prima parte da esibire su richiesta**

Questo questionario è parte integrante della prevenzione dal contagio da COVID-19, in implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi della normativa nazionale e delle ordinanze regionali. In caso che si siano accusati sintomi da contagio quali febbre, tosse, diarrea, difficoltà di respirazione, astenia/mialgie (stanchezza/dolori muscolari), anosmia (alterazioni o perdita olfatto) si richiede di dichiararli.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ quale ospite ovvero lavoratore della ditta \_\_\_\_\_ (indicare nome della ditta), recatosi in data \_\_\_/\_\_\_/202\_\_\_, avendo letto l'informativa privacy resa disponibile presso la portineria e/o allegata alla presente, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sono punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, fornisce le seguenti informazioni.

### **Autodichiarazione per sintomi COVID-19.**

#### **1) Scegli la sede della Scuola in cui devi entrare\***

Scegli **solo una** delle seguenti:

- Sede San Ponziano (ex- Boccherini)
- San Francesco (Campus)
- Biblioteca

\*La scelta della sede si riferisce al **PRIMO** movimento della giornata.

#### **2) Hai attualmente sintomi riferibili a COVID-19? \***

Scegliere solo una delle seguenti voci

Scegli **solo una** delle seguenti:

- No
- Sì

\* Ai fini di rilevamento di possibile contagio, si considera **anche uno soltanto dei seguenti sintomi:**

- Febbre  $\geq 37.5$  come da rilevazione della temperatura corporea odierna all'ingresso della sede della Scuola (ovvero è stato segnalato un allarme dal dispositivo di scansione)
- Tosse
- Diarrea
- Difficoltà di respirazione (dispnea)
- Astenia/mialgie (stanchezza/dolori muscolari)
- Anosmia (alterazioni o perdita olfatto)
- Ageusia (alterazioni o perdita del gusto)

#### **3) Hai avuto negli ultimi 14 giorni sintomi o contatti a rischio per COVID-19? \***

Scegliere solo una delle seguenti voci

Scegli **solo una** delle seguenti:



SCUOLA  
ALTI STUDI  
LUCCA

- No
- Sì

\* Per rispondere alla domanda, si prega di considerare i contatti e i sintomi come di seguito indicati **(anche soltanto uno di essi)**:

- Esposto a persone con febbre
- Esposto ad un caso di COVID confermato
- Sintomi come indicati alla precedente domanda (Febbre  $\geq$  37.5; Tosse; Diarrea; Difficoltà di respirazione (dispnea); Astenia/mialgie (stanchezza/dolori muscolari); Anosmia (alterazioni o perdita olfatto); Ageusia (alterazioni o perdita del gusto))

Data

Firma

## INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Scuola IMT Alti Studi Lucca, in persona del Direttore, con sede in Lucca – Piazza San Ponziano 6, e-mail: [direttore@imtlucca.it](mailto:direttore@imtlucca.it).

### FINALITÀ DEL TRATTAMENTO, BASE GIURIDICA E MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ai fini dell'applicazione della normativa europea e nazionale in materia (Reg. UE n. 679/2016, d'ora in poi Regolamento e D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii), si informa che i dati personali forniti nell'ambito della procedura di ingresso alle sedi della Scuola sono trattati quale implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n.7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, in adempimento agli obblighi di sorveglianza del datore di lavoro rispetto al contenimento della diffusione del COVID-19.

La Scuola tratta i suoi dati personali conferiti nell'ambito della procedura di ingresso alle sedi mediante l'elaborazione delle informazioni fornite nell'autodichiarazione. Il processo prevede che nome, cognome presenza in una sede in una determinata data ovvero autorizzazione o meno all'accesso siano conservati per i 15 giorni successivi alla raccolta, dopodiché sono distrutti. In caso di mancato conferimento o di esito negativo del processo di autorizzazione, non sarà possibile accedere alle Sedi della Scuola.

Qualora Lei risieda nel Campus, il mancato conferimento delle suddette informazioni, , ovvero la mancata autorizzazione all'ingresso determina

l'attivazione della procedura gestione dell'allievo con sintomatologia, con possibile comunicazione alle autorità competenti e ai soggetti interessati.

Qualora Lei sia un lavoratore ai sensi del D.Lgs n. 81/2008 il mancato conferimento ovvero la mancata integrazione di uno dei requisiti della dichiarazione comporta la necessità di comunicare al Suo medico curante al fine di giustificare la Sua assenza dal luogo di lavoro.

Qualora Lei sia un fornitore o soggetto esterno, il mancato conferimento ovvero la mancata integrazione di uno dei requisiti della dichiarazione comporta l'impossibilità di fare ingresso nelle strutture della Scuola.

I suoi dati non saranno comunicati a terzi salvo che sia espressamente richiesto da una norma di legge per finalità connesse alle esigenze di contenimento e prevenzione del COVID-19. Il presente trattamento cessa alla cessazione dello stato di emergenza e contenimento del COVID-19.

### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In qualità di soggetto interessato può chiedere in qualsiasi momento al Titolare: la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano; l'accesso ai suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; la cancellazione dei dati personali che la riguardano (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art.17, paragrafo 1 del Regolamento e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo); la limitazione del trattamento dei suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del Regolamento), la spiegazione relativa al processo decisionale automatizzato, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati. In qualità di soggetto interessato ha inoltre diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta. Tali diritti sono esercitabili rivolgendosi al Titolare. Inoltre, il Responsabile della protezione dati può essere contattato per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali all'e-mail: [dpo@imtlucca.it](mailto:dpo@imtlucca.it) . Qualora l'interessato ritenga che i suoi diritti siano stati violati dal titolare e/o da un terzo, ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità per la protezione dei dati personali e/o ad altra autorità di controllo competente in forza del Regolamento.



SCUOLA  
ALTI STUDI  
LUCCA

SCUOLA **IMT** ALTI STUDI LUCCA

Sede centrale: Piazza S. Francesco, 19

Sede legale: Piazza S. Ponziano, 6

55100 Lucca (Italy)

Tel.: +39 0583 4326561 - Fax +39 0583 4326565

[www.imtlucca.it](http://www.imtlucca.it)

[info@imtlucca.it](mailto:info@imtlucca.it)

**Seconda parte da lasciare all'ingresso della sede**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ quale ospite ovvero lavoratore della ditta  
\_\_\_\_\_ (indicare nome della ditta), recatosi in data \_\_\_/\_\_\_/202\_\_\_, sede della  
Scuola in cui deve entrare \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Ha risposto "NO" a entrambe le domande 2 and 3 dell'autodichiarazione COVID - 19 "triage":  
Firma

\_\_\_\_\_  
ACCESSO AUTORIZZATO

Ha risposto "SI" a una delle domande 2 e 3 dell'autodichiarazione COVID - 19 "triage":  
Firma

\_\_\_\_\_  
ACCESSO NEGATO