

INFORMATIVA PRIVACY

Il Centro Regionale Antidoping "A. Bertinaria" in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, con sede legale in Regione Gonzole 10/1, 10043 Orbassano (TO), (di seguito il "Titolare") intende informare i soggetti interessati che i dati trattati nel presente modulo sono necessari al fine di tutelare la salute del personale dipendente, collaboratori e di soggetti terzi, in considerazione del rischio epidemiologico del Covid-19. A fini, quindi, di prevenzione, la Società, acquisirà i Suoi dati anagrafici, la descrizione di eventuali sintomi riconducibili al covid-19, dati relativi ai suoi ultimi soggiorni e contatti e misurerà, mediante appositi strumenti, la temperatura corporea. Il Titolare precisa che nel caso in cui la temperatura corporea dovesse essere **pari o superiore a 37.5 C°** l'interessato non potrà accedere ai locali. La base giuridica è l'Art. 6 par. 1 lett. c) GDPR obbligo di legge (art. 2087 c.c. e d.lgs. 81/08 tutela salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nonché implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n.7, lett. d del DPCM 11 marzo 2020, del Protocollo del 14.3.20 nonché quello del 22.3.20) e lett. d) GDPR salvaguardia dell'interesse vitale degli operatori che collaborano con il Titolare e di altre persone fisiche quali i visitatori, nonché l'Art. 9 par. 2 lett. b) GDPR – assolvere obblighi ed esercitare diritti specifici del titolare o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della protezione sociale e sicurezza sociale. Qualora si sottoponga al Tampone Molecolare o al Tampone Antigénico al fine di verificare l'eventuale stato di positività e/o al test sierologico per verificare lo sviluppo di anticorpi IgG IgM e IgA dal virus Sars Cov 2, la base giuridica del trattamento è il consenso ex art 9 lett.a) GDPR. I dati all'interno del questionario saranno conservati fino al termine dello stato d'emergenza salvo la necessità di tutela anche in sede giudiziaria. Il personale che effettua le rilevazioni è stato autorizzato. I Suoi dati non saranno diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (S.I.S.P., medico di base o medico competente). I Suoi dati saranno caricati sulla piattaforma regionale, ove possibile. I referti saranno conservati secondo i termini previsti dalla legge. Il campione ematico verrà conservato per tre giorni. Con riferimento agli artt. 15 e segg. del Reg Eu potrà esercitare i seguenti diritti: di accesso, di rettifica, alla cancellazione, alla limitazione del trattamento, alla portabilità, di opposizione, tali diritti può esercitarli scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo sopra riportato, oppure può scrivere a infoedatabreach@antidoping.piemonte.it al DPO designato dpo@antidoping.piemonte.it. Può proporre reclamo all'Autorità.

Dott. Paolo Garofano
Il Direttore Sanitario

QUESTIONARIO TRIAGE PER L'ACCESSO AI LOCALI DEL CAD

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

Il paziente/visitatore riferisce (attuale e/o pregresse):

FEBBRE **SI** **NO**

TOSSE **SI** **NO**

DISPNEA A INSORGENZA ACUTA **SI** **NO**

MAL DI GOLA **SI** **NO**

ANOSMIA (perdita dell'olfatto) **SI** **NO**

AGEUSIA (perdita del gusto) **SI** **NO**

DISGEUSIA (alterazione del gusto) **SI** **NO**

Se si da quando? _____

INFLUENZA O PATOLOGIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO NELL'ULTIMO MESE **SI** **NO**

Il paziente/visitatore dichiara:

1. Componenti della Sua famiglia o persone con le quali è venuto a contatto hanno manifestato nell'ultimo mese sintomi influenzali o patologie nell'apparato respiratorio?

SI **NO** **NON SO**

2. Ha avuto un contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni (vivere nella stessa casa, contatto fisico diretto senza protezioni come stretta di mano, toccare a mani nude fazzoletti di carta usati, contatto diretto faccia a faccia a meno di un metro

SI **NO**

3. Ha frequentato o lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da Coronavirus SARS-COV 2 (COVID-19)

SI **NO**

In base all'informativa sopra riportata il paziente, qualora debba sottoporsi all'analisi su tampone o all'analisi sierologica:

Acconsente **Non Acconsente**

al trattamento dei dati sanitari per svolgere analisi necessarie per verificare l'eventuale stato di positività a SARS-CoV 2 e/o lo sviluppo di anticorpi anti-SARS-CoV 2 (COVID-19).

Data _____

Firma Interessato _____