

**Prevenzione e Controllo dell'Infezione da COVID-19**  
**Scheda per l'ingresso dei Visitatori**  
(COVID-19 Infection Prevention and Control - Entry form for Visitors)

Data visita (date of the visit) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Visita : **COMPLETA** (long tour)  **PARZIALE** (short tour)  – **DELLE ORE** (time) \_\_\_\_\_

DATI DI TUTTI I COMPONENTI DEL VOSTRO **NUCLEO FAMILIARE** IN VISITA AL SITO CARSICO  
(Personal data of all the family members visiting the karst site)

**Nome e Cognome (name and surname):**

Nome e Cognome (name and surname):

Nome e Cognome (name and surname):

Nome e Cognome (name and surname):

**Comune di Residenza (city of residence):**

**Recapito telefonico** di un membro del nucleo familiare (telephone number):

**Dichiara che (declares that)**

- ✓ Negli ultimi 15 giorni Lei e/o uno dei membri della sua famiglia ha soggiornato in India, Brasile o ha effettuato viaggi in aree a rischio? (Have you and/or one of your family members stayed in China or traveled to at risk areas in the last 15 days?)  **sì** (yes)  **no** (no)
- ✓ Negli ultimi 15 giorni Lei e/o uno dei membri della sua famiglia ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio? (Have you and/or one of your family members had contacts with people coming from at risk areas in the last 15 days?)  **sì** (yes)  **no** (no)
- ✓ Negli ultimi 15 giorni Lei e/o uno dei membri della sua famiglia ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? (Have you and/or one of your family members had contacts with people infected with COVID-19 in the last 15 days?)  **sì** (yes)  **no** (no)
- ✓ Negli ultimi 15 giorni Lei e/o uno dei membri della sua famiglia ha avuto contatti con persone in quarantena? (Have you and/or one of your family members had contacts with quarantined people in the last 15 days?)  **sì** (yes)  **no** (no)
- ✓ Negli ultimi 15 giorni Lei e/o uno dei membri della sua famiglia ha avuto febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie, diarrea o sindrome influenzale? (Have you and/or one of your family members had fever, conjunctivitis, difficulty breathing, diarrhea or flu syndrome in the last 15 days?)  **sì** (yes)  **no** (no)
- ✓ In data odierna ha una temperatura corporea superiore a 37.5° C? (Do you have a body temperature higher than 37.5 °C today?)  **sì** (yes)  **no** (no)

Data (date) \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (Signature) \_\_\_\_\_

\*Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 informiamo che il trattamento dei Vs. dati personali verrà utilizzato esclusivamente per fini dettati dalla finalità del trattamento senza essere ceduti a terzi. È comunque facoltà degli interessati esercitare tutti i diritti previsti dall'art.13 del D. Lgs. citato.

Finalità del trattamento: contrasto e contenimento della diffusione del contagio da Covid-19. Base giuridica: implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio previsti ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri ("DPCM") adottato in data 11 marzo 2020. Periodo di conservazione dei dati: per 15 gg - fino al termine dello stato d'emergenza disposto dalle competenti Istituzioni e/o Autorità. Comunicazione e diffusione: i dati non sono diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di un visitatore risultato positivo al COVID19).