

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

REGIONE PIEMONTE – AZIENDA SANITARIA LOCALE V.C.O.
Tel. 0323 541250/541509 - fax 0323 541319

**BENVENUTO MATRICOLE ANNO ACCADEMICO 20/21
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
CANALE FORMATIVO DI VERBANIA**

Gli studenti iscritti al 1° anno sono convocati presso Villa Saporiti – Ospedale
G. Castelli di Verbania in Via Fiume 18
(seguire le indicazioni per raggiungere il Corso di Laurea che troverete
dall'ingresso dell'Ospedale)

**per l'incontro di Benvenuto e orientamento che si terrà presso la sede
sopra-indicata**

il giorno 02/10/20 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

**Durante l'incontro verranno fornite indicazioni preliminari circa
l'organizzazione del corso, la modalità di frequenza e sarà eventualmente
possibile, per i partecipanti, porre quesiti di interesse comune.**

I convenuti dovranno essere muniti di mascherina, mantenere il distanziamento
e attuare un comportamento responsabile nel rispetto della norma anticovid,
come previsto dalle indicazioni affisse e compilare l'autocertificazione allegata
alle presenti indicazioni.

**Il presente invito deve essere consegnato all'ingresso dell'Ospedale dove è
ubicato il personale dedicato al Triage.**

Si prega di attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

Il coordinatore della didattica professionale e i tutor della didattica
CdL Infermieristica
Sede di Verbania

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 - UPO

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR N.445/2000 RILASCIATA IN OCCASIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA PROVA del giorno..... settembre 2020

prova d'esame in:

(scrivere in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL _____
CON PASSAPORTO/Documento N. _____ RILASCIATO IL _____
_____ DA _____,

RESIDENTE/DOMICILIATO A: _____

INDIRIZZO: _____ N. civico ____ CAP _____ Prov _____

RECAPITO TELEFONICO _____ e-mail _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, QUANTO SEGUE:

- 1) Di non essere attualmente in quarantena o in isolamento domiciliare fiduciario e, per quanto di propria conoscenza, di non essere positivo al Covid-19/Sars-Cov-2;
- 2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19/Sars-Cov-2, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.
- 5) Di non essere rientrati negli ultimi 14 giorni da paesi esteri sottoposti a quarantena
- 6) che segnalerà tempestivamente al medico di medicina generale o di continuità assistenziale l'eventuale insorgenza di sintomi e di aver partecipato all'esame odierno.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del Covid-19/SARS-CoV-2.

Luogo e data Firma leggibile dell'interessato.....

Informativa ex artt. 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento Ue 679/2016.

Luogo e data Firma leggibile dell'interessato.....