

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE PER PREVENZIONE RISCHI INFEZIONE COVID-19 ACCESSO

Luogo: ROMA

data/...../.....

Produzione cui si prende parte:

Il/la sottoscritto/a....., nato/a il-.....-.....

a.....(.....), residente a.....(.....)

in via/piazza.....

Documento..... Nr..... ,

rilasciato da in data/...../.....

telefono

Consapevole delle conseguenze penali previste art. 76 del Decreto 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA, per quanto di propria conoscenza:

- Di essere non essere stato affetto da COVID-19
- Di essere non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie
- Di essere non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni
- Di avere non avere avuto sintomi riferibili a COVID-19 (tosse, raffreddore, temperatura superiore a 37,5°) negli ultimi 3 giorni

acconsente all'esecuzione del test

- Sierologico rapido per screening SARS-COV2
- Tampone antigenico rapido per screening SARS-COV2
- Tampone molecolare per diagnosi SARS-COV2

L'impossibilità di esecuzione del test per qualunque motivo o il rifiuto a sottoporsi allo stesso saranno motivo di allontanamento dai luoghi di lavoro, a giudizio insindacabile del medico responsabile.

RISULTATO: NEGATIVO POSITIVO

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali il/la Dott./Dott.ssain qualità di Titolare del trattamento, ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in modo tale da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, secondo l'informativa del Codice ed in base al Regolamento UE 2016/679 (c.d. "GDPR").

Il conferimento dei dati nel presente questionario è necessario per consentire il Suo ingresso nei luoghi adibiti allo svolgimento delle attività in oggetto

Il presente documento verrà conservato a cura del medico responsabile del servizio.

SI RITIENE IL SOGGETTO: IDONEO NON IDONEO

→ Firma dei genitori o tutori _____

Firma e Timbro del medico _____

Luogo e data : _____ / ____ / _____

Oggetto: autorizzazione allo screening sierologico e/o tampone Covid 19

Io sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Io sottoscritta _____ Nata a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Recapiti telefonici _____

In qualità di genitori esercenti la potestà sul proprio figlio/a

[NOME] _____ [COGNOME] _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

C.F. _____

autorizziamo il personale medico sanitario specificatamente incaricato dalla Società **Fascino P.G.T. S.r.l.**, con sede in Roma, Via Borsieri 20, partita IVA 03632721001, ad eseguire a nostro/a figlio/a un test sierologico e/o tampone per Covid 19 e a trattare i relativi risultati in base ai quali sarà determinata l'idoneità all'ingresso presso gli Studi Elios ubicati in Roma, Via Tiburtina n. 1361 o presso gli altri luoghi comunque riferibili alla attività di produzione televisiva di Fascino, nell'ambito della prevenzione dal contagio da Covid-19, ai sensi del D.P.C.M. 11 marzo 2020, del Protocollo Condiviso del 14 marzo 2020, come integrato dal Protocollo Condiviso del 24 aprile 2020 recepito dal D.P.C.M. del 26 aprile 2020 e s.m.i.

Padre: Nome /Cognome _____

Firma _____

Madre: Nome /Cognome _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Ue n. 679/2016 (di seguito, il "GDPR"), si forniscono di seguito le informazioni in merito al trattamento dei dati personali dei soggetti (di seguito, gli "Interessati Minori") che, durante l'emergenza Covid-19 (c.d. "Coronavirus"), accedono agli Studi Elios ubicati in Roma, Via Tiburtina n. 1361 o ad altri luoghi comunque riferibili alla attività di produzione televisiva di Fascino.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è Fascino P.G.T. S.r.l. (di seguito, "Fascino" o il "Titolare"), con sede legale in Roma (00195), Via Pietro Borsieri n. 20, partita IVA 03632721001, telefono 063723962/4, fax 063720008 ed email di posta certificata: fascino@pec.it.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento, ove designati, può essere fornito su richiesta da parte degli Interessati.

Fascino ha nominato il "Responsabile della protezione dei dati" o "Data Protection Officer" previsto dal Regolamento privacy (di seguito, il "DPO"). Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali degli Interessati e/o per esercitare i loro diritti previsti dal Regolamento privacy, gli stessi possono contattare il DPO al seguente indirizzo email: dpo@fascinopgt.it.

TIPOLOGIA DI DATI PERSONALI TRATTATI E DI INTERESSATI

Nei limiti delle finalità e delle modalità definite nella presente informativa, sono oggetto di trattamento, Fascino raccoglierà e successivamente tratterà dati personali degli Interessati Minori rientranti nelle "categorie particolari" di cui all'art. 9 del GDPR. Gli Interessati Minori sono tutti i partecipanti alla partecipazione oppure partecipanti ai casting, non maggiorenni, a vario titolo ai programmi televisivi di Fascino (diversi dai dipendenti della Società), nonché coloro che concorrono alla realizzazione degli stessi (sempre diversi dai dipendenti della Società), i quali accedono agli Studi Elios ubicati in Roma, Via Tiburtina n. 1361 o ad altri luoghi comunque riferibili alla attività di produzione televisiva di Fascino.

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da Covid-19, per la tutela della salute delle persone in azienda e per la collaborazione con le autorità pubbliche, in particolare quelle sanitarie.

La base giuridica del trattamento è costituita da: *i)* motivi di interesse pubblico, quali

l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del

D.P.C.M. 11 marzo 2020, in particolare del Protocollo Condiviso del 14 marzo 2020, del Protocollo Condiviso del 24 aprile 2020 e successive integrazioni e modificazioni; *ii)* obblighi di legge, quali l'art. 32 della Costituzione, l'art. 2087 c.c. e il D.Lgs. n. 81 del 2008 (in particolare, l'art. 20).

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI

Il conferimento dei dati è necessario per accedere ai locali e agli uffici del Titolare del trattamento o ad altri luoghi comunque a quest'ultimo riferibili. Un eventuale rifiuto a conferirli impedisce di consentire l'ingresso.

MODALITÀ, AMBITO E DURATA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento consiste nell'effettuazione di un test sierologico e/o tampone rapido atto a verificare l'eventuale sussistenza, in capo agli Interessati Minori, del Covid-19. Il predetto test verrà effettuato da personale medico sanitario esterno cui Fascino ha commissionato detto specifico trattamento.

¹ "... omissis ... dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

I dati personali degli Interessati Minori non saranno oggetto di diffusione, né di comunicazione a terzi (eccezion fatta, eventualmente, per il medico incaricato di preservare la salute aziendale), se non in ragione delle specifiche previsioni normative (ad esempio, in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di lavoratori e/o collaboratori risultati positivi al Covid-19).

I dati personali saranno trattati per il tempo strettamente necessario a perseguire la citata finalità di prevenzione dal contagio da Covid-19 e conservati non oltre il termine dello stato d'emergenza.

LUOGO DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati trattati per le finalità indicate nella presente informativa non saranno oggetto di trasferimento

al di fuori dell'Unione europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO IN RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Gli interessati hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (ai sensi degli artt. 15 e segg. del GDPR). Per conoscere l'elenco dettagliato e costantemente aggiornato dei soggetti cui i dati personali degli Interessati possono essere comunicati e per esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del GDPR, nelle modalità dell'art. 12 del GDPR e nei limiti stabiliti dall'art. 2-undecies del Codice privacy, i medesimi possono rivolgersi ai recapiti del Titolare del trattamento sopra indicati.

Qualora il Titolare non fornisca agli Interessati riscontro nei tempi previsti dalla normativa o la risposta all'esercizio dei loro diritti non risulti idonea, gli stessi potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, alle seguenti coordinate: sito web www.gpdp.it o www.garanteprivacy.it, email garante@gpdp.it, fax (+39) 06.69677.3785, centralino telefonico (+39)06.69677.1.

CONSENSO
ai sensi degli artt. 6 e 9 del GDPR

Letta l'informativa che precede, l'Interessato Minore:

presta il consenso nega il consenso

al trattamento, da parte di Fascino, dei propri dati personali appartenenti alle particolari categorie di cui all'art. 9 del GDPR, nei termini e con le modalità sopra descritti.

_____, li _____

(firma chiara e leggibile Genitore/Tutore)

(firma chiara e leggibile Genitore/Tutore)

(Minore qualora abbia compiuto i 14 anni d'età)



PREVENZIONE RISCHI INFEZIONE COVID-19

AUTODICHIARAZIONE E MODULO DI IMPEGNO PER ACCESSO AI LUOGHI DI LAVORO DELLA FASCINO PGT S.r.l.

Io sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Io sottoscritta _____ Nata a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Recapiti telefonici _____

In qualità di genitori esercenti la potestà sul proprio figlio/a

[NOME] _____ [COGNOME] _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

C.F. _____

DICHIARIAMO

- a) di avere letto e compreso l'informativa fornita da **Fascino P.G.T. S.r.l.** (di seguito, l'“Azienda” o “Fascino PGT”) relativa ai trattamenti di dati relativi ad attività per il contrasto del Covid-19;
- b) di essere stati informati e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;
- c) di essere a conoscenza dell'obbligo di far rimanere nostro/a figlio/a al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o di altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'Autorità Sanitaria competente;
- d) di essere a conoscenza dell'obbligo previsto dalla legge (art. 20, comma 2, lett. e) del D.Lgs. n. 81 del 2008) di segnalare immediatamente all'Azienda ogni eventuale condizione di pericolo per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, tra cui sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, ecc. e in tutti i casi in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio, e pertanto

DICHIARIAMO

- che nostro/a figlio/a non proviene da zone a rischio epidemiologico;
- che nostro/a figlio/a non ha avuto contatti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al Covid-19; che
- nostro/a figlio/a non ha temperatura corporea superiore a 37,5° o altri sintomi influenzali

SIAMO CONSAPEVOLI E ACCETTIAMO

- che l'accesso ai luoghi di pertinenza della Fascino PGT è consentito solo previa effettuazione del test sierologico rapido e/o tampone nasofaringeo per la diagnosi del Covid-19, con rilascio di idoneità da parte del Medico Competente di Fascino PGT e/o soggetti preposti facenti capo a quest'ultima che ne valutano il referto clinico;
- che nostro/a figlio/a non potrà fare ingresso o permanere in Azienda e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura oltre 37,5°, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, ecc.) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità Sanitaria competente e di rimanere al proprio domicilio;
- che nostro/a figlio/a sarà sottoposto all'accesso ai locali aziendali al controllo della temperatura corporea;
- che, nel caso di rilevazione all'ingresso della temperatura superiore a 37,5° sarà momentaneamente isolato e fornito di mascherina e dovrà contattare nel più breve tempo possibile il mio medico curante/autorità preposte e seguire le sue indicazioni;
- che, nel caso in cui l'autorità sanitaria competente disponga misure aggiuntive specifiche, il datore di lavoro deve fornire la massima collaborazione

CI IMPEGNIAMO

- a rispettare, nel caso di rilevazione della temperatura superiore a 37,5°, la misura dell'isolamento immediato dall'Azienda e, in tale caso, a informare immediatamente il medico curante e rispettare le prescrizioni impartite da quest'ultimo, dandone notizia all'Azienda;
- a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e dell'Azienda relative all'accesso e alla permanenza nella medesima, ed in particolare alle precauzioni igieniche e personali, ai dispositivi di protezione individuale, alla gestione di spazi comuni (mensa, spogliatoi, aree fumatori, distributori bevande e snack, ecc.), organizzazione aziendale, gestione entrate e uscite, spostamenti interni, riunioni, ecc.);
- a informare tempestivamente e responsabilmente l'Azienda della presenza di qualsiasi sintomo influenzale dovesse sorgere durante permanenza di nostro/a figlio/a nella medesima, avendo cura di far rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
- a collaborare con l'Azienda in relazione agli adempimenti a suo carico per riscontrare le richieste delle autorità e in particolare delle autorità sanitarie;
- a tenere ogni altro comportamento necessario e utile alla salute degli individui e alla sicurezza aziendale.

Luogo _____ Data ____ / ____ / ____

Padre: Nome /Cognome _____

Firma _____

Madre: Nome /Cognome _____

Firma _____

I sottoscritti

(padre) _____

nato a _____ () il _____

e (madre) _____

nata a _____ () il _____

in qualità di genitori di _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ ()

via/piazza _____ N _____;

alla luce delle disposizioni normative per contenere e gestire l'emergenza epidemiologica da Covid -19 e al fine di permettere all'azienda di tutelare la salute dei propri dipendenti , dichiariamo che nostro figlio/a **non ha transitato e/o soggiornato** negli ultimi quattordici giorni a far data dalla firma della presente scrittura in uno o più delle seguenti nazioni: **Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca (incluse isole Faer Oer e Groenlandia), Estonia, Finlandia, Francia, (inclusi Guadalupa, Martinica, Guyana, Riunione, Mayotte ed esclusi altri territori situati al di fuori del continente europeo), Germania, Grecia, Irlanda, Israele, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi (esclusi territori situati al di fuori del continente europeo), Polonia, Portogallo (incluse Azzorre e Madeira), Regno Unito di Gran Bretagna ed Irlanda del Nord, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna (inclusi territori nel continente africano), Svezia, Ungheria, Islanda, Norvegia, Liechtenstein, Svizzera, Andorra, Principato di Monaco**

ovvero in caso di transito e/o soggiorno in uno o più delle predette nazioni, dichiariamo, consapevoli delle conseguenze penali e civili conseguenti da affermazioni false o mendaci:

di aver presentato la *certificazione verde* da cui risulta che mi sono sottoposto a **tampone molecolare o antigenico effettuato nelle 48 ore prima dell'ingresso in Italia** con esito negativo

- di aver compilato il Passenger Locator Form – Modulo di localizzazione digitale
- di aver comunicato al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio il suo ingresso in Italia

- Dichiariamo altresì

Che nostro figlio/a **non ha transitato e/o soggiornato** negli ultimi quattordici giorni a far data dalla firma della presente scrittura in uno o più delle seguenti nazioni:

Australia, Nuova Zelanda, Repubblica di Corea, Ruanda, Singapore, Tailandia, Giappone, Canada e Stati Uniti nonché gli ulteriori Stati territori a basso rischio epidemiologico, che verranno individuati con ordinanza, tra quelli di cui all'Elenco E.

ovvero in caso di transito e/o soggiorno in uno o più delle predette nazioni, dichiariamo, consapevole delle conseguenze penali e civili conseguenti da affermazioni false o mendaci:

Che si è sottoposto a **tampone** molecolare o antigenico effettuato nelle **72 ore** prima dell'ingresso in Italia e il cui risultato sia negativo

- Che aver compilato il Passenger Locator Form – Modulo di localizzazione digitale
- di aver comunicato al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio il mio ingresso in Italia
- di aver raggiunto la sua destinazione finale in Italia solo con mezzo privato
- di essersi sottoposto ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria per **10 giorni**
- di essersi sottoposto, al termine dell'isolamento di 10 giorni, ad un **ulteriore** tampone molecolare o antigenico

- Dichiariamo altresì

Che nostro figlio/a **non ha transitato e/o soggiornato** negli ultimi quattordici giorni a far data dalla firma della presente scrittura in uno o più delle seguenti nazioni: **Brasile , India, Bangladesh e Sri Lanka**

ovvero in caso di transito e/o soggiorno in uno o più delle predette nazioni, dichiaro, consapevoli delle conseguenze penali e civili conseguenti da affermazioni false o mendaci:

- di essersi sottoposto a **tampone** molecolare o antigenico effettuato nelle **72 ore** prima dell'ingresso in Italia e il cui risultato sia negativo
- di aver compilato il Passenger Locator Form – Modulo di localizzazione digitale
- di aver comunicato al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio il mio ingresso in Italia
- **di essersi sottoposto ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria per 10 giorni.**
- di essersi sottoposto, al termine dell'isolamento di 10 giorni, ad un ulteriore tampone molecolare
- di aver raggiunto la propria destinazione finale in Italia solo con mezzo privato

Firma leggibile e data

Firma leggibile e data