

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE COVID – 19

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ N° _____

Cellulare _____ Email _____

Documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

ATTESTA

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid – 19;
- Di aver contratto il Covid – 19 ed essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione;
- Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riconducibili all'infezione da Covid – 19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5 °C, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 7 giorni;
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da Covid – 19 (familiari, luogo di lavoro, etc.);
- Di essere entrato in contatto con casi di Covid – 19 per motivi professionali e non, ed aver eseguito tutte le procedure preventive previste dagli specifici protocolli sanitari.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D. P. R: 44572000), prendo atto che l'Ente si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art. 13 Regolamento UE n° 679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID – 19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____