

All. A

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a

<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>	
<i>Nato/a</i>		<i>il</i>	
<i>Residente in</i>		<i>Via e n.</i>	
<i>Tel./Cel.</i>		<i>mail</i>	
<i>Nella sua qualità di (*)</i>			

(*) specificare : *Partecipante, operatore, Collaboratore, ecc.*

DICHIARA

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

	SI	NO
● è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
● è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
● è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
● ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, nausea, alterazioni di gusto e olfatto)?		
● manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, nausea, alterazioni di gusto e olfatto).		

Dichiara inoltre: di impegnarsi a comunicare prima dell'ingresso nel sito eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, nausea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura ospitante (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizza, inoltre l'organizzazione al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data

Firma
