

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19
DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR n. 445/2000

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ (_____)

residente in _____ (_____)

via _____ n° _____

indirizzo e-mail _____

numero telefonico _____

nell'accedere presso _____

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

- ☐ di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario o a provvedimento restrittivo analogo;
- ☐ di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui alle norme nazionali e regionali relative all'Emergenza sanitaria COVID-19,
- ☐ di aver osservato tutte le normative in materia di misura di contenimento del contagio negli ultimi 14 giorni utilizzando gli adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI);
- ☐ di non presentare febbre > 37,5°C e di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- ☐ di autorizzare al trattamento dei dati personali al fine della tracciabilità e ricezione di notifiche/comunicazioni circa eventuali segnalazioni di contagi e/o presunti attinenti la sede :

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.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dalla data di esperimento della prova, alla autorità sanitaria competente indicando la giornata di partecipazione alla stessa.

Luogo _____

Data ____/____/____

In fede
