

AUTODICHIARAZIONE COVID –19
(ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritt* (Cognome Nome) _____

Nat* a _____ il ____/____/____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI DICHIARO QUANTO SEGUE:

- non sono attualmente affett* da COVID-19, non sono in attesa di esito di tampone, non sono stat* sottopost* a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg;
- non sono affett* attualmente da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5° C;
- non accuso al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- nessuno dei miei contatti più stretti accusa al momento i medesimi sintomi, né è in attesa di esito di tampone;
- non ho avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- non ho avuto contatti stretti con persona risultata affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi

Mi impegno a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dalla data odierna

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

I dati trattati non saranno oggetto di diffusione a terzi. Il titolare del trattamento è la dr.ssa Livia Botta. Il titolare del trattamento conserverà i dati personali raccolti per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per il conseguimento delle finalità per i quali sono raccolti e trattati.