

AUTODICHIARAZIONE COVID 19



Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato/a a		il	
Residente a		via e n.	
Frequentante/Attività		giorno/orario	
In qualità di *			

(*) specificare: es. Allievo, Tecnico, Insegnante, Collaboratore.

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?		
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, 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, alterazioni di gusto e olfatto).		
LEGGERE CON ATTENZIONE: Dichiaro di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compresa l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5 C°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazione 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 (art. 46 D.P.R. n. 445/2000). Autorizza, inoltre Insieme Per Fare 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.

Roma _____ Il/la sottoscritto/a (se maggiorenne) _____

Il/la sottoscritto/a genitore (se minorenni) _____