

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il _____, Tel. _____

ATTESTA

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere in atto e di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37.5°, tosse, stanchezza, mal di gola, mal di testa, diarrea, dolori muscolari, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto nelle ultime settimane.
- Di non aver avuto contatti stretti (per la definizione vedi circolare 0018584 – 29/05/2020 del ministero della salute) negli ultimi 4 gg con persone a cui è stato diagnosticato il coronavirus (familiari, luogo di lavoro, ecc.)
- Di aver cura di non presentarsi ed avvertire tempestivamente qualora non dovessi rispettare una delle suddette condizioni.

In fede,

Firma _____

Modena, __/__/__

Informativa privacy: in relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti articolo 76 del D.P.R 445/2000. 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 trattate dal titolare del trattamento limitante alla gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19. Tali dati non verranno diffusi e saranno utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza.

Firma _____

Modena, __/__/__

