

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il sottoscritto _____,
nato il _____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____,
telefono _____, e-mail _____,
genitore/tutore legale di _____ (in caso di minore),
consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, indicate nel
D.P.R. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena**
- **di non essere risultato positivo al Covid 19 negli ultimi 14 giorni**
- **di non avere avuto sintomi associabili al Covid 19 negli ultimi 14 giorni**
- **di non avere febbre e di non averla avuta negli ultimi 14 giorni**
- **di non essere venuto a contatto negli ultimi 14 giorni con persone positive o in quarantena o con sintomi associabili al Covid 19**
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna (distanza interpersonale, utilizzo della mascherina, utilizzo di gel igienizzante per le mani)**

ASSUME L'IMPEGNO

- **Di informare immediatamente 8cento APS della avvenuta diagnosi di Covid 19 positivo, comunicando altresì la data di diagnosi e/o di eventuale comparsa dei sintomi.**

AUTORIZZA

- **8cento APS alla misurazione della temperatura corporea prima dell'accesso ai locali di svolgimento dei corsi**
- **8cento APS al trattamento dei dati particolari/sensibili relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.**

Luogo e data _____

Firma _____