

Modulo di Autodichiarazione COVID-19

Il/La sottoscritto _____

nato/a a _____ il ___/___/___ residente in _____

Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali
 - temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
 - nelle ultime settimane.
- Di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).
- Di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento.
- Dichiaro altresì di obbligarmi ad informare immediatamente l'Associazione Insieme qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate.
- Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy

In fede Data: ___/___/___

Firma _____