



DICHIARAZIONE AUTOCERTIFICATIVA

Il Sottoscritto _____

nato a _____ il __/__/____

e residente in _____

ATTESTA

- ☐ di non aver avuto nei 30 giorni precedenti alla presente dichiarazione e non avere all'atto della firma della suddetta diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- ☐ di non aver avuto/avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane
- ☐ di non aver avuto/avere contatti a rischio con persone che sono/sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, ecc...)
- ☐ di non essere stato in sorveglianza attiva negli ultimi 30 giorni e di non essere in sorveglianza attiva al momento della firma di questa dichiarazione

In fede

Data __/__/____ _____

Note:

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta dal genitore/delegato.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.