

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____

nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____),

residente in _____ via _____ n° _____

e domiciliato in _____ via _____ n° _____

utenza telefonica _____

mail _____

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio in base ai Decreti nazionali e regionali vigenti;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- negli ultimi 14gg di non aver avuto contatto con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,5° C).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come dà indicazioni igienico-sanitarie e da regolamento della manifestazione di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misura della temperatura corporea. **Temp. Rilevata** _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Luogo e data

Firma
