

**DOCUMENTO DI TRACCIABILITA' DEI CONTATTI
E AUTODICHIARAZIONE COVID-19
(Da firmare all'ingresso dell'istituto)**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

numero di telefonia mobile o fisso _____ email _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

- ✓ la non provenienza dalle zone a rischio epidemiologico,
- ✓ di non essere positivo/a al COVID19
- ✓ l'assenza di contatti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19 o sottoposte alla misura di quarantena,
- ✓ di aver compreso che in presenza di una propria temperatura corporea superiore ai 37,5°, mi è precluso l'accesso,
- ✓ di essere in buono stato di salute e di non avvertire alcun sintomo attribuibile a una possibile affezione da COVID-19 (temperatura superiore a 37,5, tosse secca, spossatezza, dissenteria, alterazioni del gusto e/o olfatto, forti dolori cervicali, difficoltà respiratorie ecc...)

DICHIARO/A INOLTRE

- ✓ di essere a conoscenza di non poter accedere a questa struttura se sprovvisto/a del mio personale dispositivo di protezione (mascherina chirurgica) salvo la che la stessa non mi sia fornita dalla struttura stessa.
- ✓ Di essere a conoscenza che i dati indicati nella presente dichiarazione saranno conservati fino al 20° giorno successivo alla data odierna e da tale data si procederà alla distruzione dei dati personali acquisiti.
- ✓ di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il fine per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Allegare autorizzazione Privacy e consenso informato del trattamento (nel caso il trattamento lo preveda)