

AUTODICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Io sottoscritto _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____

in _____ CAP _____

Consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dichiaro che:

1. Non presento sintomi respiratori (tosse, febbre, mal di gola, congiuntivite);
2. Non ho avuto accesso come lavoratore o visitatore in strutture sanitarie, dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni COVID-19
3. Non sono stato in contatto con persone positive al COVID-19 ne ho avuto contatto stretto con un caso probabile di infezione da COVID-19.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute altrui pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure Urgenti Di Contenimento E Gestione Dell'emergenza Da Covid-19 (Coronavirus).

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma
