

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____ via _____
Telefono _____ E-mail _____

Impegnandosi a rispettare le seguenti norme in vigore:

- Utilizzare gel igienizzanti messi a disposizione dagli organizzatori
- Indossare la mascherina in tutte le aree comuni, in partenza (e per i primi 500 metri) e dopo l'arrivo
- Mantenere le distanze di sicurezza
- Evitare assembramenti

DICHIARA QUANTO SEGUE

Ho avuto un'infezione confermata Covid-19 con conseguente guarigione confermata da doppio tampone negativo _____ SI _____ NO

Negli ultimi 14 giorni ho avuto sintomi riconducibili all'infezione Covid-19 tra i quali febbre (>37,5°), tosse, congestione nasale, nausea, vomito, diminuzione o perdita di olfatto e gusto, mal di gola, cefalea, diarrea, dolori muscolari _____ SI _____ NO

Negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con un paziente con accertata infezione Covid-19 _____ SI _____ NO

Ho avuto contatti con casi sospetti, ma è trascorso il periodo di quarantena _____ SI _____ NO

Ho una temperatura corporea rilevata inferiore ai 37,5 ° _____ SI _____ NO

Il sottoscritto/a prende atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata in nome proprio e si impegna a dare immediata comunicazione agli organizzatori in caso di ogni variazione.

Il sottoscritto/a attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da una falsa dichiarazione.

Il sottoscritto/a prende atto che i dati acquisiti o raccolti tramite il presente modulo saranno trattati in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa sulla privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art.7 e ss. Del regolamento UE 2016/679.

Data _____

Firma