

**DOCUMENTO DI TRACCIABILITA' DEI CONTATTI
E AUTODICHIARAZIONE COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

numero di telefonia mobile o fisso _____ **email** _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILTA'

- ✓ 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, alterazioni del gusto e/o olfatto, forti dolori cervicali, difficoltà respiratorie ecc...);
- ✓ di essere a conoscenza di non poter accedere a questa struttura se sprovvisto/a del green pass, del dispositivo di protezione personale (mascherina chirurgica) e di mantenere la distanza di sicurezza.
- ✓ 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 esclusivamente per il fine per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____