

Autocertificazione COVID

ADULTO	il/la sottoscrittto/a		nazionalita`
	nato/a	a	codice fiscale
	residente a	CAP	in via, nr.
	nr. telefono	nr. cellulare	e-mail

Dichiara per se oppure per il figlio/a

BAMINO/A	nome, cognome		nazionalita`
	nato/a	a	codice fiscale

- ! di non avere avuto sintomi (tosse, raffreddore, mal di gola, difficolta' respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell' olfatto negli ultimi 14 giorni

Possibile contatto/infezione negli ultimi 14 gironi:

Esposizione a casi accertati con COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esposizione a casi probabili o sospetti die COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esposizione a membri familiari con COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Persone dello stesso nucleo familiare con sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatto con persone con febbre o sintomi influenzali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Ulteriori dettagli: _____

il sottoscritto conferma sotto la propria responsabilità che le informazioni sopra indicate sono vere e autorizza la scuola sci Sarentino di conservare la dichiarazione per quando riguarda lo stato di salute contenuto in questo modulo, nonché la loro conservazione in conformità all' Art. UE 2016/679 e la legislazione nazionale applicabile.

Il sottoscritto confermo inoltre di essere consapevole delle conseguenze penali previste dall' art. 76 del D.P.R.N. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003

Firma

Data