

All.1

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

in qualità di: Se stesso

o: Genitore Tutore legale Delegato

di: _____

(qui i dati di chi fa la visita)

nato a _____ il __/__/____

e residente in: _____

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid -19, in data.....
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime 48h
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera) nelle ultime 48h.

In fede,

data

firma

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta dal genitore o dal delegato

2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.