

Modulo di Autodichiarazione COVID-19
Da consegnare AD OGNI ACCESSO

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____

nato/a a _____ () il ___/___/___ residente in _____

in Via/P.zza/Loc. _____ n. _____

Tipo Documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- ✓ Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- ✓ Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- ✓ Di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).
- ✓ Di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento.

Dichiara altresì di obbligarsi ad informare immediatamente l'associazione qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto idonea informativa privacy

In fede

Data: _____

Firma _____

In caso di minore

Genitore

Informativa materiale di Protezione dei dati personali

La presente informativa è resa ai sensi del Regolamento applicabile al trattamento dei dati personali in particolare con riferimento al Regolamento UE 679/2016

Titolo del trattamento e responsabile del trattamento dei dati personali

Titolo del trattamento e dell'Associazione Libera Accademia del Teatro con sede in Arezzo P.zza S. S. Annunziata 1 P.Iva 01514150513