

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 49 C.P.)  
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- Di non avere avuto un contatto stretto con paziente COVID negli ultimi 10 giorni;
  - Di non avere avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro...) negli ultimi 10 giorni;
  - Di non essere attualmente positivo al Covid-19 e di non essere stato sottoposto negli ultimi 10 giorni alla misura di isolamento fiduciario o di quarantena;
- Che non presenta uno dei seguenti sintomi:
- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
  - sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
  - sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
  - disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

- Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**[in caso di minore, compilare la parte seguente a cura dell'esercente la potestà genitoriale]**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Note**

**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 di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.**

**Il sottoscritto si impegna a comunicare prontamente ogni variazione del quadro clinico al medico di riferimento e a sospendere immediatamente le attività. La presente autocertificazione ha validità fino a che non si manifestino variazioni dello stato di salute del minore, dalla data di compilazione.**