**AUTODICHIARAZIONE COVID-19**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ contatto telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che non ha avuto diagnosi accertata da infezione Covid-19

e che negli ultimi 14 giorni:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SÌ** | **NO** |
| * è stato/a in contatto stretto con persone affette da Covid-19 |  |  |
| * è stato/a in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio |  |  |
| * è stato/a in contatto stretto con familiari di casi sospetti |  |  |
| * ha avuto sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 \* |  |  |
| * manifesta attualmente sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 \* |  |  |

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno di evento pubblico (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizza inoltre il Comune di Chiaravalle al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

|  |  |
| --- | --- |
| Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Firma di un genitore (per i minorenni)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\* temperatura corporea superiore a 37,5 gradi, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto