

AUTODICHIARAZIONE PER RISCHIO COVID-19

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
residente _____ via _____

Genitore di _____

sotto la propria responsabilità ad ogni effetto di Legge

AUTOCERTIFICA CHE

condizione

È sottoposto alla misura della quarantena	SI	NO
Ha in corso il Covid-19 (malattia da Coronavirus)	SI	NO

Sintomi

Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni febbre con temperatura $\geq 37,5^\circ$	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni una forte riduzione del gusto (sapori)	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni una forte riduzione dell'olfatto (odori)	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni tosse secca	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni difficoltà respiratorie	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni forte spossatezza	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni congestione nasale	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni mal di testa	SI	NO
Ha o ha avuto negli ultimi 5 giorni diarrea	SI	NO

Contatti

Negli ultimi 14 giorni è stato in contatto con persone positive al Coronavirus o con i loro familiari anche se asintomatici	SI	NO
--	----	----

Io sottoscritto, come sopra identificato, autorizzo il Titolare del trattamento dei dati, a trattare i miei dati personali per le finalità di seguito riportate.

Nello specifico:

- esprimo il mio libero, consapevole, specifico e non condizionato consenso affinché il Titolare proceda al trattamento dei miei dati personali al fine di ridurre il rischio e prevenire il contagio da SARS-CoV-2

Presto il consenso

Non presto il consenso

- esprimo il mio libero, consapevole, specifico e non condizionato consenso affinché il Titolare proceda al trattamento di categorie particolari di dati di cui all'art. 9 del GDPR, quali i dati personali relativi al mio stato di salute, al fine di ridurre il rischio e prevenire il contagio da SARS-CoV-2

Presto il consenso

Non presto il consenso

Luogo e data _____

Firma _____