

AUTODICHIARAZIONE COVID-19 – UFFICIO GARE

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

DICHIARA**Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni
(barrare la risposta)**È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? **SI NO**È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? **SI NO**È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? **SI NO**

Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19?

(temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto) **SI NO**

Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19?

(temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto) **SI NO****NOTE** _____

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

MARCIALONGA al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

IL PARTECIPANTE

(LUOGO E DATA)_____
(FIRMA)

AUTODICHIARAZIONE COVID-19 - PARTENZA

Il sottoscritto

CONGOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

DICHIARA**Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni
(barrare la risposta)**È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? **SI NO**È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? **SI NO**È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? **SI NO**

Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19?

(temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto) **SI NO**

Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19?

(temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto) **SI NO****NOTE** _____

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

MARCIALONGA al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

IL PARTECIPANTE

(LUOGO E DATA)_____
(FIRMA)