

DICHIARAZIONE – RISCHIO COVID-19

Io sottoscritto/a dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

C.F. _____

RECAPITO TELEFONICO _____

E-MAIL _____

dichiaro che:

- Sono a conoscenza delle previsioni emanate dal Governo italiano per la prevenzione dal contagio COVID-19 (I provvedimenti attualmente in vigore sono reperibili al seguente indirizzo internet <http://www.governo.it/it/coronavirus-normativa>)
- Sono a conoscenza del fatto che se rientro in una delle seguenti condizioni:
 1. Temperatura corporea in data odierna superiore ai 37,5°;
 2. Sintomi influenzali negli ultimi 7 giorni;
 3. Contatti, negli ultimi 14 giorni, con persone risultate positive al COVID-19 o loro familiari o sospetti positive COVID-19
 4. Misure ulteriori di prevenzione o altre prescrizioni quali regime di isolamento volontario o quarantena su indicazione dell'ATS

non mi è consentito l'accesso all'impianto e devo seguire le prescrizioni governative di segnalazione al medico curante, riportate anche nell'informativa sopra citata.

La dichiarazione deve essere compilata e consegnata al personale d'impianto prima di accedere ai locali della struttura ai sensi del D.P.C.M. 17/05/2020.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'emergenza sanitaria da Covid-19 ed alle norme connesse alla stessa.

Milano ___/___/2020

Firma _____

