

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il

e - m a i l (o altro recapito) _____

_____ dichiara,
anche in considerazione degli obblighi previsti dal Protocollo interno di
sicurezza:

- ! di non essere stato/a affetto/a da COVID-19 o di non essere stato/a sottoposto/a a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- ! di non avere – e non avere avuto nei 14 giorni precedenti – alcuno dei sintomi riconducibili al COVID-19 (ad esempio: tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, stanchezza, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea);
- ! di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti stretti con una persona affetta da COVID-19.

Data ___/___/20___

Firma _____

Si informa che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, non saranno oggetto di diffusione, né di comunicazione a terzi, se non in ragione delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell’Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di un lavoratore risultato positivo al COVID-19).

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario a perseguire la citata finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e conservati non oltre il termine dello stato d'emergenza.