



AUTOCERTIFICAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____ / _____
Nome Cognome

_____ / _____ / _____
Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Cellulare _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, PRIMA DI ACCEDERE
ALL'AULA STUDIO DI LAZISE, IN PIAZZA DON VANTINI A COLÀ DI LAZISE.

- Di aver effettuato prima dell'accesso la misurazione della propria temperatura corporea, la quale è risultata inferiore a 37.5°C.
- Di non avere sintomi riguardanti l'apparato respiratorio (tosse, raffreddore, in genere sintomi influenzali, etc.).
- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19.
- Di non aver avuto "contatti stretti" con un soggetto positivo al Covid-19 negli ultimi 14 giorni.
- Di impegnarsi a rispettare le indicazioni inerenti ai comportamenti corretti da adottare per contrastare la diffusione del COVID-19, emanati dai competenti organi governativi, regionali, sanitarie e di protezione civile.

Il/La sottoscritto/a, dichiara inoltre di aver letto l'informativa, resa ai sensi dell'**art. 13** del

Regolamento UE 2016/679 ("DGPR") e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali comuni e "particolari" (sensibili), per le finalità e con le modalità descritte nella informativa medesima.

Data _____ Firma _____