

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____,
Nato/a il _____ a _____, (____),
Nazionalità _____, Residente in _____ (____),
Via _____, Cap. _____,
C.F. _____, Tel. _____,
Cell. _____, Titolare del documento _____,
n° _____, rilasciato il _____,
da _____,

dipendente presso questa ASD/SSD, consapevole delle sanzioni penali previste per la falsità degli atti, per le dichiarazioni mendaci e per l'uso di atti falsi, così come stabilito dagli art. 19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, considerato il Protocollo di intesa del 24.04.2020 per il contenimento del contagio da COVID-19, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

la non provenienza dalle zone a rischio epidemiologico, secondo le indicazioni dell'OMS, l'assenza di contatti stretti con soggetti risultati positivi al COVID-19, di non essere stata/o in quarantena, di non essere stata/o ufficialmente contagiata/o, negli ultimi 14 giorni.

In caso di pregressa infezione da COVID 19, comunicata al medico competente, di disporre della certificazione di avvenuta negativizzazione dei due tamponi secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.

Dichiara altresì di aver letto, condiviso, compreso e accettato il regolamento interno e di averne ricevuto relativa copia.

Sede, ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Firma del dichiarante

.....

Si autorizza la raccolta dei dati contenuti nella presente esclusivamente nell'ambito amministrativo per il quale viene rilasciato e nel rispetto della legislazione vigente in materia di privacy ai sensi del Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/03 e s.m.i.