



CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL COVID-19

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ provincia _____ il ____ / ____ / ____,
residente a _____ provincia _____ in _____
_____ n° _____ CAP _____
Tesserato FIPF per l'anno 2020 per la Società _____

ATTESTA

- di non aver avuto diagnosi accertata da Covid-19;
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane;
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc. etc.).

In fede

(Firma)

Data, _____

NOTE

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.
3. Il sottoscrittore si impegna a comunicare prontamente ogni qualunque variazione del quadro clinico al medico referente e deve sospendere immediatamente l'attività.