

Modulo di Autodichiarazione Triage rischio Covid-19

Il sottoscritto (iscritto al centro estivo) _____

Nato a: _____ il: _____

Residente in via : _____ Nr. _____

Città: _____ Provincia: _____

Rappresentato e accompagnato da:

Rapporto familiare : (*madre, padre etc*) : _____

Nome e Cognome: _____

Nato a: _____ il: _____

Residente in via: _____ Nr. _____

Città: _____ Provincia: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI

- **non aver avuto** diagnosi accertata di infezione da COVID-19
- **non aver avuto** contatti a rischio con persone che sono state affette o sospette tali da COVID-19 ovvero positive a SARS-Cov2 (familiari, luoghi di lavoro, etc.)
- **non aver avuto** sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e olfatto nelle ultime due settimane o in tal caso presenta referto negativo per Covid-19 su analisi molecolare di prelievo mediante tampone nasofaringeo.
- **non avere** sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto e olfatto.
- **non essere** stato sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19, o in tal caso di presentare certificazione di avvenuta guarigione virologica.

In fede (Genitore/Tutore):

Luogo e data

_____ Firenze, _____

Informativa privacy:

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art. 13 Regolamento UE n 679/2016 e di aver già prestato specifico consenso all'atto del tesseramento che i dati personali raccolti relativi saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma per accettazione : _____