

DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

“SEGUI LA NOTIZIA – ACR CREMONA – 27 settembre 2020”

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ a _____ (____),
residente in _____ (____), Via _____ n. ____
Tel _____ Email _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) che non ha avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria nei 3 giorni precedenti;
- b) non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
- c) non è entrato a stretto contatto con una persona positiva COVID-19 o con una persona con temperatura corporea superiore ai 37,5° o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

In fede

Firma del dichiarante

Data

Il presente modulo sarà conservato da AZIONE CATTOLICA DIOCESANA DI CREMONA, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.