**Autocertificazione COVID- 19**

Il sottoscritto/a……………………………………………………………….. nato/a il ……………………………… a ………………………..

Documento ……………………………………………. Tel. …………………………………………………………………………….

**dichiara sotto la propria responsabilità**

di non essere stato sottoposto a quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID -19

di non essere venuto a contatto con persone affette da COVID‐19

di non presentare sintomi influenzali o parainfluenzali (tosse, raffreddore, mal di gola, temperatura corporea sopra i limiti consentiti)

L’utente dichiara, altresì, di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo in ogni suo punto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati personali  Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del Regolamento UE  2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_