



## Modulo di Autodichiarazione COVID- 19

Il/la sottoscritto/a .....  
Nato a ..... il .....,  
Residente a .....(.....) in Via.....

### ATTESTA CHE

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

Data: .....

Firma .....

Informativa privacy: In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che IMPAVIDA PALLAVOLO ORTONA S.S.D. A R.L. si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID- 19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_