

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NUMERO TELEFONICO _____

E-MAIL _____

- CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E DELL'IMPORTANZA DEL RISPETTO DELLE MISURE DI PREVENZIONE FINALIZZATE ALLA DIFFUSIONE DEL COVID-19 PER LA TUTELA E SALUTE DELLA COLLETTIVITA', DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI NON AVERE MANIFESTATO ALLA DATA ODIERNA E NEGLI ULTIMI 14 GIORNI SINTOMI COMPATIBILI DA INFEZIONE COVID-19 (ad esempio febbre superiore ai 37,5°, tosse, difficoltà respiratorie, riduzione dell'olfatto).
- COMPILANDO IL PRESENTE MODULO ACCONSENTO ESPRESSAMENTE A QUANTO STABILITO DALLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI PRIVACY.

DATA _____ FIRMA _____