

Il sottoscritto

Nome e cognome	Telefono o e-mail

ATTESTA

sotto la propria responsabilità che i seguenti soggetti sono suoi congiunti

e che nessuno di loro:

- ha manifestato sintomi influenzali né ha avuto sintomi negli ultimi 14 giorni
- ha avuto contatti stretti con persone riconosciute positive al COVID 19 negli ultimi 14 giorni
- proviene da zone a rischio epidemiologico secondo le indicazioni dell'OMS

Nota informativa sul trattamento dei dati personali

La informiamo che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della Normativa e degli obblighi di riservatezza come previsti ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dall'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, recante disposizione a tutela delle persone.

Finalità del trattamento: prevenzione dal contagio da COVID-19, con riferimento all'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio.

I dati comunicati saranno conservati per i successivi 14 giorni. I dati non saranno diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali "contatti stretti" di un soggetto risultato positivo al COVID-19).

Firma
