

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____ ____ ____ a _____ (____), residente in _____ (____), via _____ e domiciliato/a in _____ (____), via _____, genitore del bambino _____ "Utente" del Servizio di _____ svolto dalla Cooperativa COOP. ALFABETA COOP. SOCIALE con sede legale in Via Santa Maria n. 218 Guspini (SU), consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità atti e uso di atti falsi

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19.

DATI ANAMNESTICI

- Di non avere avuto negli ultimi 14 giorni i seguenti sintomi:

UTENTE

GENITORE

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre >37,5°
- Tosse
- Difficoltà respiratorie

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre >37,5°
- Tosse
- Difficoltà respiratorie

LINK EPIDEMIOLOGICO DICHIARANTE

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo) SI NO

■ ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI SI NO

■ CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO

■ CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) SI NO

■ CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) SI NO

■ FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI NO

■

LINK EPIDEMIOLOGICO UTENTE

■ ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo) SI NO

■ ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI SI NO

■ CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO

■

■

CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) SI NO

CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) SI NO

FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI NO

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sanitaria ed all'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti medici ai quali si dovrà sottoporre;

il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato delle modalità e finalità di trattamento dei dati comunicati e di consentire al trattamento degli stessi per la finalità di contrasto alla diffusione dell'epidemia e di essere consapevole che gli stessi potranno essere comunicati alle autorità sanitarie nell'ipotesi in cui l'interessato/a sviluppasse, entro i 14 giorni successivi, febbre e/o sintomi di infezione respiratoria;

per tali ragioni autorizza la Coop. Alfabetà al trattamento dei propri dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questa dichiarazione ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data

Firma

Pag. 1 a 1

