



DREAM VOLLEY PISA

FIPAV-CSI



Modulo di Autocertificazione COVID-19 - ALTRI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il ___/___/___ e-mail _____

Residente a _____ in Via _____

Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data ___/___/___

ATTESTA

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di aver contratto il COVID-19 ed essere in possesso del certificato di avvenuta guarigione
- Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 7 giorni.
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da Covid-19 (familiari, luogo di lavoro, etc.)
- Di essere entrato in contatto con casi di Covid-19 per motivi professionali e non, ed aver eseguito tutte le procedure preventive previste dagli specifici protocolli sanitari.

In fede

Data ___/___/___

Firma _____

Nota: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da almeno uno degli esercenti la responsabilità genitoriale

Nome _____ Cognome _____

Documento di identità _____ Rilasciato da _____

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 DREAM VOLLEY PISA 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 _____