

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE TEMPERATURA E STATO GENERALE DI SALUTE  
EMERGENZA SANITARIA COVID19**

Evento\* \_\_\_\_\_ del giorno\* \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

Tel/cell\* \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Sottoscrivo la seguente anche per conto delle persone con me presenti:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

**Dichiaro sotto la mia responsabilità:**

- di non avere sintomi influenzali (quali tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite...) e di aver provveduto a rilevare autonomamente la propria temperatura corporea con esito inferiore a 37,5°C e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle dichiarazioni dei punti al presente elenco;
- per quanto a propria conoscenza, di non essere stato in stretto contatto con una persona affetta dal nuovo Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di non essere soggetto a quarantena per pandemia covid 19;
- di non aver avuto nelle ultime due settimane febbre, tosse o sintomi influenzali;
- di non aver avuto contatti con persone poste in quarantena da Covid-19.

Mi impegno pertanto a utilizzare la mascherina durante il periodo dell'attività sopra indicata, di mantenere la distanza di sicurezza di 1mt in ambiente statico e di 2mt in ambiente dinamico e di evitare assembramenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art 13 del GDPR.

Tutti i campi contrassegnati con \* sono obbligatori