

Modello di dichiarazione da rendere da parte del partecipante alle attività organizzate da **Health & Care A.P.S. e A.S. Dilettantistica**, via Baruzzi 7, 35129 Padova. C.F. 92281400280 email.: benessere.healthcare@gmail.com

DICHIARAZIONE ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

C.F. : _____

Tel: _____ E-mail: _____

Consapevole delle implicazioni penali per dichiarazioni mendaci o false attestazioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali di cui all'art. 21 della L. 241/1990

DICHIARA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da virus Covid-19 negli ultimi 15 gg.;
- di non aver avuto, negli ultimi 15 gg, sintomi riferibili all'infezione da virus Covid-19 quali: febbre superiore a 37,5 °C, tosse, astenia (spossatezza), dispnea (difficoltà respiratoria), mialgia (dolori muscolari), mal di gola, diarrea, vomito, anosmia (perdita dell'olfatto), ageusia (perdita del gusto);
- di non aver avuto, negli ultimi 15 gg, contatti con persone risultate positive al virus Covid-19.

1) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

2) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

3) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

4) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

5) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

6) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

7) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

8) _____ [luogo, data e firma del partecipante]

Note

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.