

MODELLO A
DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ARTICOLO 47 DPR N.445/2000

Il sottoscritto Cognome.....
.....Nome.....Luogo di
nascita.....Data di nascita
..... Residente a.....
.....Nazionalità.. .
.....Documento di identità.....n.
Rilasciato da In data Telefono.....
Email

D I C H I A R A

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione mendace ex art. 76 del DPR sopra citato, quanto segue:

- di non presentare sintomatologia respiratoria o simil influenzale o febbre superiore a 37.5° C;
- di non essere attualmente in quarantena o in isolamento domiciliare fiduciario e, per quanto di propria conoscenza, di non essere positivo al Covid-19/Sars-Cov-2;
- di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19 /Sars-Cov-2, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- di rispettare la cartellonistica informativa e la segnaletica dedicata percorsi di entrata ed uscita e quelli previsti per gli spostamenti interni.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del proprio stato e delle condizioni suddette.

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del Covid-19 /SARS-CoV-2 e vale come dichiarazione di accesso alle aule e ai laboratori didattici, ai sensi delle norme di sicurezza per il contrasto del COVID.

Luogo e data Firma leggibile dell'interessato.....

Informativa ex artt . 13-14 Regolamento europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informato/ o, ai sensi e per gli effetti degli artt . 13-14 Regolamento Ue 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibil e esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art . 15 del regolamento Ue 679/ 2016.

Luogo e data

_____ Firma dell'interessato.....