

Il/La sottoscritto/a

Nome .....

Cognome ..... nato/a il .....

a .....

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di non aver avuto contatti stretti con casi sospetti e/o accertati di COVID-19
- di non avere presentato febbre  $>37,5^{\circ}$  negli ultimi 14 giorni
- di non aver manifestato uno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni:
  - 1) tosse secca
  - 2) mal di gola
  - 3) respiro corto
  - 4) nausea/vomito/diarrea
  - 5) congestione nasale
  - 6) ageusia (perdita del gusto) o anosmia (perdita dell'olfatto)

di non essere un caso accertato di COVID-19 ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 del Reg. UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto, 08.08.2021  
(data)

Firma del dichiarante  
(o di un genitore nel caso di minorenne) per esteso e leggibile

.....  
(firma)