

**GESTIONE EMERGENZA COVID-19
DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE
FORNITORI/CLIENTE/PAZIENTE ALL D**

DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto (NOME) (COGNOME)

(Barrare con una X)

- A) Dipendente della
- B) Lavoratore autonomo.....
- C) Visitatore

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. Di trovarmi attualmente in Buona Salute (temperatura corporea < 37,5°) e di non aver avuto sintomi quali febbre, tosse, difficoltà respiratorie negli ultimi 14 giorni | | |
| 2. Di non aver visitato aree ad alto rischio di contagio negli ultimi 14 giorni | | |
| 3. Di non essere venuto a contatto con persone di cui è noto il contagio | | |
| 4. Di essere in possesso dei dispositivi di protezione individuale quali mascherine e guanti da utilizzare ai fini del contenimento del contagio da COVID-19; | | |
| 5. Per quanto a conoscenza, di NON essere positivo al COVID-19 | | |

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA

Il sottoscritto in considerazione dello stato di emergenza sanitaria relativa al Coronavirus COVID-19, presta liberamente il consenso al trattamento dei miei dati personali per la sola finalità di prevenzione sanitaria, in accordo a quanto indicato nel GDPR 2016/679/UE

Firma del dichiarante

Luogo,
