DOCUMENTO DI TRACCIABILITA' DEI CONTATTI E AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

residente a _____(_____) in Via_____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

numero di telefonia mobile o fisso _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILTA'

- ☐ di non provenire dalle zone ad alto rischio epidemiologico,
- ☐ di non essere positivo/a al COVID19
- ☐ di non aver avuto contatti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19 o sottoposte alla misura di quarantena,
- ☐ di aver compreso che qualora la mia temperatura corporea sia superiore ai 37,5°, mi è precluso l'accesso,
- ☐ di essere in buono stato di salute e di non avvertire alcun sintomo attribuibile a una possibile affezione da COVID-19 (temperatura superiore a 37,5, tosse secca, spossatezza, dissenteria, alterazioni del gusto e/o olfatto, forti dolori cervicali, difficoltà respiratorie ecc…)
- ☐ di essere consapevole che il trattamento prenotato prevede, pur attraverso la protezione di appostiti DPI, in alcune fasi una distanza di sicurezza inferiore ad 1 metro.

DICHIARO/A INOLTRE

- ☐ di essere a conoscenza di non poter accedere a questa struttura se sprovvisto/a del mio personale dispositivo di protezione (mascherina almeno chirurgica) salvo che la stessa non mi sia fornita dalla struttura stessa.
- ☐ che l'accesso alla struttura non è consentita a eventuali accompagnatori e che la mia permanenza, all'interno dei locali, sarà limitata al tempo necessario all'attuazione e perfezionamento del trattamento da me richiesto e prenotato.
- ☐ di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati come da Informativa clienti Generale.

Data _____ Firma _____