

Dichiarazione

Misure di contenimento della diffusione del Virus SARS-COV 2

Nome _____ Cognome _____

Località _____ Tel _____

Società _____

1. Negli ultimi 15 giorni, ha avuto contatti con qualcuno presentava sintomi come tosse e/o febbre o con qualcuno che è risultato contagiato da COVID-19?

☐ SI
☐ NO

2. Ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni?

- Rialzo temperatura oltre 37.5°

☐ SI
☐ NO

- Tosse

☐ SI
☐ No

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (reg. generale sulla protezione dei dati personali) per la finalità di prevenzione del contagio da COVID-19 (DPCM 26 aprile 2020) .i dati verranno conservati fino al termine dello stato di emergenza.

Data _____

Firma _____