AUTODICHIARAZIONE (per accesso a Il Verde e Il Blu Festival)

La/Il sottoscritta/o (*Nome e Cognome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attualmente domiciliata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

contatto telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

* di **non essere sottoposto a “quarantena”** ovvero di **non essere risultato positivo a COVID-19.**
* oppure, di **essere risultato positivo a COVID 19 e dichiarato “guarito”.** A tal fine si fornisce al *Medico Competente* il ***CERTIFICATO MEDICO*** da cui risulta la “avvenuta negativizzazione” del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.
* di **non avere avuto contatti, negli ultimi 14 giorni, con persone risultate positive a COVID-19** e di **non provenire da zone a rischio** secondo le indicazioni dell’OMS
* di **essere attualmente in “buona salute”** ovvero con temperatura inferiore a 37,5 °C e privo di altri sintomi influenzali quali: tosse, affaticamento respiratorio, dolori muscolari, mal di gola, mal di testa
* di **essere a conoscenza delle misure di protezione dal contagio adottate per l’evento** e di **rispettarle**

**E SI IMPEGNA**

* a **rimanere presso il proprio domicilio** all’insorgenza di sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia

*Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento in base all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all’art. 13 GDPR 679/16.*

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, ………………….. *firma del dichiarante*