

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a (Cognome Nome)

dichiara, sotto la propria responsabilità, che

il/la figlio/a(Cognome Nome)

- non ha avuto contatti, negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al SARS-COV-19 e di non presentare sintomi di contagio da SARS-COV-19, in particolare:
- temperatura superiore a 37,5°
 - mancanza o forte riduzione del gusto;
 - mancanza o forte riduzione dell'olfatto;
 - tosse secca;
 - forte spossatezza;
 - difficoltà respiratorie;
 - congestione nasale;
 - mal di testa;
 - congiuntivite
 - diarrea.

Luogo _____, data _____

Firma

Informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell' art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016

JAMES CRITTENDEN, titolare del trattamento dei Suoi dati personali, ai sensi del D.Lgs. 2003/196 del Regolamento UE 679/2016, La informa che i dati da Lei forniti saranno trattati unicamente per rispondere alla Sua richiesta e per finalità amministrative e contabili.

I dati personali da Lei forniti saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza.

I Suoi dati non saranno soggetti a comunicazioni e/o diffusioni senza il Suo consenso.