



**Formazione Tricolore
Reggio Emilia**

Il sottoscritto nato/a a

Prov (.....) in data C.F:

Residente a in Via

Tel: Email (facoltativo)

DICHIARA

- **di NON aver rilevato sintomi febbrili (T° < 37,5) nei 15 gg precedenti al corso e di NON aver attualmente sintomatologia in oggetto in corso (tosse, nausea, vomito, congiuntivite, febbre, diarrea, etc..);**
- **di non aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi al test per COVID 19 o sottoposti a quarantena fiduciaria;**
- **di non essere sottoposto attualmente al regime di quarantena fiduciaria e sorveglianza sanitaria;**
- **di non aver soggiornato negli ultimi 15 gg negli stati Spagna, Croazia, Grecia , Malta o di recente rientro dalla Sardegna (se SI allegare esito tampone nasofaringeo o sierologico previsto da Min.Salute e Regione Emilia Romagna).**

Nel caso nei 15 gg successivi alla conclusione del corso compaiano sintomi riferibili al COVID19 o vengano effettuati accertamenti clinici (tampone naso/faringeo – esami sierologici) che risultino positivi, il partecipante è obbligato a darne comunicazione a Formazione Tricolore al n. 349/4798648 affinché si possano mettere in atto tutte le azioni di tutela dei partecipanti con cui il soggetto è venuto in contatto. Non verranno resi noti dati personali e clinici a lui riferibili nel rispetto della Legge sulla Privacy attualmente in vigore.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e dei colleghi sul luogo di lavoro pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure Urgenti Di Contenimento E Gestione Dell'emergenza Da Covid-19 (Coronavirus)".

- **Rilascia il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)**

Data: _____

Firma _____