

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE PER ACCESSO IN SEDE DI CORSO



**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 14 gg precedenti al corso e di NON aver attualmente sintomatologia in oggetto in corso (tosse, tosse secca, nausea, vomito, congiuntivite, febbre, diarrea, mal di gola, perdita del senso del gusto (ageusia), perdita senso olfatto (anosmia), raffreddore, mal di testa, dolori muscolari diffusi 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 avere eseguito CICLO VACCINALE – COVID 19 (1 dose)**
- **di aver eseguito CICLO VACCINALE – COVID 19 (ciclo completo)**

Nel caso nei 15 gg successivi alla conclusione del corso compaiano sintomi riferibili al COVID19 o vengano effettuati accertamenti clinici (tamponi 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 soggetto si impegna a:

- ✓ informare immediatamente l'Ente Erogante e l'Autorità competente in caso di positività in famiglia o di contatto con terzi;
- ✓ di informare immediatamente l'Ente Erogante del sopraggiungere in famiglia di sintomi riconducibili all'infezione da COVID19: febbre, tosse, spassatezza, difficoltà respiratorie;
- ✓ di essere a conoscenza che tale attività comporti rischi più alti di contagio a causa di una promiscuità, sebbene sia controllata e ridotta al minimo dall'attuazione di norme di tutela della salute, regolate dal Protocollo Anti-contagio e alle quali noi per primi ci adeguiamo.

Consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art 76 del D.P.R 28 Dicembre 2000 n.445.

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE PER ACCESSO IN SEDE DI CORSO

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 Regolamento UE 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. I dati personali e le dichiarazioni da Lei forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa soprarichiamata e secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti, con particolare riferimento all'integrità, alla riservatezza, all'identità personale e al diritto dei protezione dei dati personali. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'Art 5 del GDPR 2016/679, il periodo di conservazione dei Suoi dati personali sarà pari al periodo di emergenza stabilito dalla normativa nazionale di riferimento. In particolare le suddette dichiarazioni sono utilizzate per ottemperare alle misure cautelative in materia di COVID19 richiamate dal DL 23 Febbraio 2020 e successivi e dall'Ordinanza 66/2020 del 23 Febbraio 2020 della Regione Emilia Romagna.**

Data: _____

Firma _____