

**GESTIONE EMERGENZA COVID-19  
DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE  
FORNITORI/CLIENTE/PAZIENTE ALL D**

**DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE**

Il sottoscritto (NOME) ..... (COGNOME) .....

(Barrare con una X)

- A) Dipendente della .....
- B) Lavoratore autonomo.....
- C) Visitatore

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

	SI	NO
1. Di trovarmi attualmente in Buona Salute (temperatura corporea < 37,5° ) e di non aver avuto sintomi quali febbre, tosse, difficoltà respiratorie negli ultimi 14 giorni		
2. Di non aver visitato aree ad alto rischio di contagio negli ultimi 14 giorni		
3. Di non essere venuto a contatto con persone di cui è noto il contagio		
4. Di essere in possesso dei dispositivi di protezione individuale quali mascherine e guanti da utilizzare ai fini del contenimento del contagio da COVID-19;		
5. Per quanto a conoscenza, di NON essere positivo al COVID-19		

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Il sottoscritto in considerazione dello stato di emergenza sanitaria relativa al Coronavirus COVID-19, presta liberamente il consenso al trattamento dei miei dati personali per la sola finalità di prevenzione sanitaria, in accordo a quanto indicato nel GDPR 2016/679/UE

Firma del dichiarante

Luogo,

\_\_\_\_\_