

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____

genitore (o tutore della responsabilità genitoriale) di _____

C.F. _____

attesta che il minore

- Non ha avuto diagnosi accertata da COVID-19;
- che nelle due settimane antecedenti, non ha avuto contatti con persone affette da COVID-19;
- di non avere avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da COVI-19, tra i quali , temperatura corporea superiore a 37,5C, tosse, astenia, dispnea,mialgia, diarrea, ageusia, anosmia.

Data _____ Firma _____

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di prevenzione da COVID-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'articolo 13 del predetto Regolamento