REGISTRO PRESENTI del _____ / _____ / 202__

Il sottoscrittore

ATTESTA DI

- ➔ non essere positivo a infezione da Covid19,
- ➔ non essere a conoscenza di aver avuto contatti con casi accertati di Covid19 nei 14 giorni antecedenti,
- ➔ non aver riscontrato sintomi collegabili all'infezione da Covid19 nei 3 giorni antecedenti,
- ➔ avere una temperatura inferiore a 37,5°, come rilevato all'ingresso della struttura,
- ➔ essere consapevole che quanto dichiarato corrisponde al vero e delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio contagio.

AUTORIZZA

l'associazione/società _____ ai sensi della normativa sulla privacy al trattamento dei dati sul mio stato di salute per le finalità connesse alla prevenzione e al contenimento del rischio di contagio COVID-19.

nome	*cognome*	*n. cell.*	*entra*	*esce*	*temp. ok*	*firma*