**DICHIARAZIONE**

Il/La sottoscritto/a (Cognome Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_), il \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle pene previste per le false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità, in ottemperanza alle disposizioni contenute nelle norme in materia di "Misure urgenti di contenimento e gestione dell’emergenza da Covid-19 (Coronavirus)" (http://www.governo.it/it/iorestoacasa-misure-governo)

**ATTESTA**

* di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
* di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all’infezione da Covid-19, tra i quali: temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.
* di non aver avuto, negli ultimi 14 giorni, contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 o di provenienza da zone a maggior rischio o con particolari restrizioni in base a quanto definito dalla legislazione nazionale e dalle autorità territoriali negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto consente che 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 cui all’informativa resa ai sensi dell’art.13 del predetto Regolamento. Nel rispetto del principio di limitazione della finalità (art. 5, par. 1, lett. b), GDPR), i dati possono essere trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e non devono essere diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative in caso di situazione Sintomatica del soggetto dichiarante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ...firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Per minorenni compilare i seguenti dati relativi al genitore che sottoscrive:  
Cognome Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_), il \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ...firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)*