

## AUTODICHIARAZIONE UTENTE

### Identificazione e prevenzione – Gestione del Rischio COVID- 19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

genitore del minore \_\_\_\_\_ che usufruisce del servizio \_\_\_\_\_ del comune di \_\_\_\_\_

svolto dalla cooperativa Sinergie onlus con sede legale in via Torino, 2 Guspini

in convenzione con il comune di \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR n. 445/2000E DELL'ART. 483 DEL CODICE PENALE NEL CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' IN ATTI PUBBLICI

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19

di non avere avuto negli ultimi 14gg i seguenti sintomi:

#### utente

temperatura corporea > di 37,5°

tosse

difficoltà respiratorie

#### Genitore

temperatura corporea > di 37,5°

tosse

difficoltà respiratorie

#### Valutazione del dichiarante

- Esposizione a casi accertati COVID- 19 (tampone positivo)  si  no
- Esposizione a casi sospetti  si  no
- Contatti con familiari di casi sospetti  si  no
- Conviventi con febbre e sintomi influenzali (no tampone)  si  no
- Contatti con persone con febbre e/o sintomi influenzali (no tampone)  si  no
- Frequentazione ambienti sanitari con casi accertati e/o sospetti  si  no

#### Valutazione del minore

- Esposizione a casi accertati COVID- 19 (tampone positivo)  si  no
- Esposizione a casi sospetti  si  no
- Contatti con familiari di casi sospetti  si  no
- Conviventi con febbre e sintomi influenzali (no tampone)  si  no
- Contatti con persone con febbre e/o sintomi influenzali (no tampone)  si  no
- Frequentazione ambienti sanitari con casi accertati e/o sospetti  si  no

il sottoscritto (identificato come auto-dichiarante) attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero ed è consapevole delle conseguenze civili e penali di falsa dichiarazione, soprattutto in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura

il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato delle modalità e finalità di trattamento dei dati comunicati e di consentire al trattamento degli stessi per la finalità di contrasto alla diffusione dell'epidemia e di essere consapevole che gli stessi potranno essere comunicate alle autorità sanitarie nell'ipotesi in cui l'interessato/a sviluppasse entro 14gg successivi febbre e sintomi di infezione di infezione respiratoria

per tali ragioni autorizza la cooperativa Sinergie al trattamento dei propri dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questa auto dichiarazione ed alla sua conservazione ai sensi di Regolamento Europeo 2016/679 e normativa in sede di privacy.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_