

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 del DPR 445/2000

**io sottoscritto**

Cognome	Nome	Sesso	Data di Nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia di Nascita	Città di Nascita		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Provincia	Città		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo	Cap		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-Mail	Cellulare	note	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

✓	di non essere stato positivo al Covid-19 ovvero di essere stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone negativo;
✓	di non essere sottoposto alla misura di quarantena;
✓	di non essere entrato a contatto con soggetti positivi negli ultimi 14 giorni e/o di non provenire da aree di rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
✓	di non presentare sintomi influenzali o da Covid-19.

Inoltre, prendo atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata in nome proprio e mi impegno a dare immediata comunicazione a Fitland s.s.d.r.l in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra informando anche il proprio medico curante. Inoltre dichiaro di essere informato e mi impegno, a rispettare tutti i regolamenti e protocolli adottati dalla società come misure anticontagio Covid-19. I dati personali sotto riportati saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 come meglio indicato nell'Informativa ex art. 13 Regolamento UE, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato dall'azienda e in ottemperanza al DPCM del 24 aprile 2020. [SCARICA il PDF](#)

Barlassina, addì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_