

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2)

Il sottoscritto _____, C.I. n. _____, nella qualità di studente/docente/operatore amministrativo, frequentate i locali della sede del **C.E.R.D.O. Srl**.

Dichiara

- A. Di non avere soggiornato in aree del nostro Paese a rischio contagio negli ultimi 14 giorni;
- B. di non essere stato affetto da COVID-19, in base alle informazioni in suo possesso o come da risultanza del test obbligatorio molecolare o antigenico, effettuato per mezzo di tampone in seguito al rientro dai paesi indicati nell'Ordinanza di cui sopra, o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- C. di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- D. di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- E. di non aver avuto contatti stretti, per sua conoscenza alla data odierna, con una persona affetta da COVID-19, negli ultimi 14 giorni, e comunque con persone rientrate dai Paesi esteri o dalle zone a rischio contagio del nostro Paese che manifestassero sintomi importanti da contagio;
- F. che alla data odierna non ha contatti con persone congiunte o con le quali convive strettamente per altri motivi che manifestano sintomi da contagio Covid-19;
- G. Che negli ultimi 7 giorni ha effettuato tampone di controllo con esito negativo, o che non si è sottoposto di recente al tampone di controllo;
- H. di essere a conoscenza del fatto che **C.E.R.D.O. Srl**, consiglia il test molecolare o antigenico, prima del rientro nella struttura scolastica, in caso di dubbi sui luoghi e/o persone frequentate negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi giorni alla presente dichiarazione, all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza/ Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio), ed è comunque consapevole delle responsabilità connesse alla sottoscrizione di dichiarazioni mendaci ai sensi del DPR 445 del 2000 nonché con le misure straordinarie che si rendono necessarie in ragione della diffusione del CoVid-19 in Italia. **Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) e normativa sulla privacy collegata, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in considerazione dell'emergenza sanitaria nazionale in atto e delle necessarie misure precauzionali da adottare.**

Roma _____.