

DICHIARAZIONE SU STATO DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a [Cognome] _____ [Nome] _____
nato/a a: _____ (prov.: _____) in data: _____
residente in _____ (prov.: _____) via _____ n. _____
e-mail _____ cell. _____ tel. _____
proveniente da _____ e diretto a _____ data accesso in Italia _____
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito dal codice penale e dalle leggi speciali,

DICHIARA

- di essere a conoscenza ovvero di prendere conoscenza in data odierna delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19, disposte da Stato Italiano e Regione Calabria, e dei possibili obblighi di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario per quattordici giorni, e, in ogni caso, di divieto di spostamento delle persone fisiche, nonché delle sanzioni previste per inottemperanza;
- di essersi registrato ovvero di sapere dell'obbligo di registrazione *online* al seguente indirizzo web: <https://emergenzacovid.regione.calabria.it/>

- di essere risultato positivo al virus COVID-19: SI NO
- di essere stato sottoposto a quarantena: SI NO
- di aver svolto la quarantena dal _____ al _____ in _____ SI NO

e/o che, **negli ultimi quattordici (14) giorni**,

- ha avuto febbre, tosse o difficoltà respiratorie: SI NO
- familiari e/o conviventi hanno avuto i predetti sintomi: SI NO
- ha viaggiato e/o transitato nei seguenti Paesi: Cina, Hong Kong, Giappone, Corea del Sud, Iran, Spagna, Germania, Francia, USA, Austria, Regno Unito: SI NO
- ha viaggiato e/o transitato nei seguenti Paesi: _____
- è transitato in altre aree a rischio verificato e/o presunto come: _____ SI NO
- è venuto a contatto con persone successivamente rientrate tra i casi sospetti o conclamati di Coronavirus COVID-19 e/o con persone per esso monitorate: SI NO

Si allega documento di identità e prova dell'avvenuta registrazione in Italia e/o Calabria, nei quattordici giorni precedenti all'arrivo. La presente dichiarazione è rilasciata, espressamente autorizzando la Società ricevente a trattare i propri dati personali e sensibili (ivi inclusi quelli sanitari), a tutti gli effetti di legge e secondo le normative applicabili in norma di riservatezza dei dati personali.

[FIRMA]
