**Allegato 2) NOME STRUTTURA**

**Emergenza Coronavirus**

DICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000

Al fine di essere sottoposto a prestazione sanitaria da parte di (nome struttura) sita a (indirizzo completo)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in

caso di dichiarazioni mendaci

**dichiara**

* + di non presentare sintomi influenzali o simil influenzali quali febbre, tosse, difficoltà respiratoria e raffreddore
  + di non essere sottoposto a quarantena;
  + di non essere risultato positivo al virus covid-19 qualora si fosse sottoposto al tampone o a test sierologico.

**acconsente**

ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione presente dichiarazione, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa del Centro.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_