

# AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CITTA' DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

TEL. CELLULARE \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

## RIFERISCE E DICHIARA

DATI ANAMNESTICI (compilare indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO)		
DI NON ESSERE AL MOMENTO POSITIVO AL COVID19/sottoposto alla misura della QUARANTENA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FEBBRE SUPERIORE A 37,5° C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RECENTE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA (DISPNEA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RINITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FARINGODINIA (es.: MAL DI GOLA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MIALGIE / ASTENIA (es.: DOLORE MUSCOLARE, SPOSSATEZZA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NAUSEA, VOMITO O DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISOSMIA (es.: ALTERAZIONE OLFATTO)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISGEUSIA (es.: ALTERAZIONE GUSTO)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATI EPIDEMIOLOGICI (compilare indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO)		
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI CON FAMIGLIARI DI CASI ACCERTATI O SOSPETTI DI COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI OCCASIONALI CON PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FREQUENTA O LAVORA IN UNA STRUTTURA SANITARIA IN CUI SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI – Se SI, dove: <input type="checkbox"/> Italia Indicare la regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Indicare la nazione _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici, anamnestici ed epidemiologici riferiti corrispondono al vero e sono riferiti alla data di compilazione della presente autocertificazione. Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'eventuale insorgenza di qualunque sintomo tra quelli descritti nella presente scheda.

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate dalle normative nazionali e regionali vigenti, nonché quelle previste da Famiglie SMA in fase di svolgimento dell'evento.

Il/la sottoscritto/a prende atto e accetta che Famiglie SMA si riserva di trasmettere le informazioni che lo riguardano alle Autorità Sanitarie competenti nei casi e nelle modalità previste dalle disposizioni di legge applicabili.

Il/la sottoscritto/a prende atto e accetta che i dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato da Famiglie SMA per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità nel rispetto di quanto previsto del Regolamento UE n. 679/2016 (cd. GDPR) come da informativa rilasciata all'atto di iscrizione.

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Firma (\*) \_\_\_\_\_

**(\*) In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata dall'esercente la responsabilità genitoriale.**

*Informativa privacy: In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che Famiglie SMA si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n. 679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza.*