

AUTODICHIARAZIONE COVID — 19
(ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/La sottoscrittala _____

nato/a a _____ il _____ residente a

_____ in Via _____

documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

telefono _____ e-mail _____

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI
DICHIARA QUANTO SEGUE:**

E di non essere attualmente affetto da COVID-19 e di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg;

E di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5° C;

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 con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni. -

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dall'espletamento della prova concorsuale all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Roma _____

Firma leggibile del Dichiarante _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016,679 Gentile Signora/e, in relazione all'emergenza sanitaria da COVID-19, ai sensi della normativa di settore così come previsto dalle principali disposizioni adottate in relazione allo stato di emergenza, la ASL è tenuta a richiedere le informazioni presenti nell'autodichiarazione allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 sull'intero territorio nazionale. I dati trattati non saranno oggetto di diffusione a terzi, ma potranno essere comunicati alle autorità sanitarie e di pubblica sicurezza competenti. Il Titolare del trattamento è Azienda Sanitaria Locale Roma 5, in persona del legale rappresentante, domiciliato presso la sede legale di Via Acquaregna L'15, 00019 Tivoli (RM). Il Titolare del trattamento conserverà i dati personali raccolti per un arco di tempo non superiore rispetto a quello necessario per il conseguimento delle finalità per i quali sono raccolti e trattati. Pertanto, i Suoi dati personali potrebbero essere trattati fino al termine dello stato d'emergenza. Per esercitare i suoi diritti sensi del Regolamento Europeo, Lei in qualità di interessato potrà contattare il Titolare e/o il DPO indirizzando una comunicazione presso la sede legale di Via Acquaregna 1/5, 00019 Tivoli OLM I oppure inviando una email all'indirizzo: protocollo.generaleOaslroma5.it. Per ulteriori informazioni in merito alla gestione dei suoi dati può accedere alla sezione privacy sul sito www.aslroma5.it