**Il/la sottoscritto/a**…………………………………………………... nato/a a ………………………………

il ……………………………………residente a……………………………………………………………………..

via………………………………………Tel……………………………email…………………………………………

**al fine di accedere alla Struttura senza pregiudizio per gli ospiti e per il personale operante,**

dichiaro sotto la mia responsabilità:

1. **di non avere avuto** febbre, tosse, disturbi respiratori e di non aver contattato il mio medico curante per la diagnosi e conseguenti provvedimenti nei 14 giorni precedenti la data odierna;
2. **di non avere** familiari e di non avere avuto contatto stretto (faccia a faccia) o aver vissuto nello stesso ambiente chiuso con un caso confermato o sospetto di Covid-19 nei 14 giorni precedenti la data odierna;
3. **di non essere stato/a** contattato/a dalla mia ATS/ASL in quanto venuto/a inconsapevolmente a contatto con con persone affette da Coronavirus (es: viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario, ecc.) nei 14 giorni precedenti la data odierna;
4. **di aver preso visione** dell’Informativa privacy, redatta ai sensi dell’art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 e presente sul sito [www.asst-lodi.it](http://www.asst-lodi.it) e negli spazi aziendali

**Data** ......../......../........ **Firma** ………………………………………………………………….

**ESPRIMO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI**

**Data** ......../......../........ **Firma** ………………………………………………………………….