



Città di Valmontone

ALLEGATO B

Comune di Valmontone

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Nome: _____

Cognome: _____

Indirizzo: _____

Telefono e mail: _____

<u>SINTOMI</u>	<u>SI/NO</u>	<u>CONTATTI</u>	<u>SI/NO</u>
Febbre Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5 °?	SI ☐ NO ☐	Negli ultimi 14 giorni è stato in una zona con elevata incidenza di COVID-19?	SI ☐ NO ☐
Negli ultimi 14 giorni sono comparse tosse e difficoltà respiratoria?	SI ☐ NO ☐	Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con casi sospetti o accertati di COVID-19?	SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa ad almeno una delle domande, per il candidato non è possibile l'ingresso presso il Palazzo Doria Pamphilj di Piazza U. Pillozzi Valmontone. In tal caso si raccomanda all'utente di tornare presso la propria abitazione e di contattare il proprio medico curante.

Consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nella presente autocertificazione corrispondono a verità.

I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno gestiti nel rispetto del GDPR 679/2016 Nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, in riferimento al D.lgs 196/2003 e n. 101/2018.

Firma del dichiarante

Valmontone, lì _____
