

DICHIARAZIONE

_____ , il ____ / ____ / _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

Residente a _____ in via / piazza _____

ATTESTA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede,

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati sensibili) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

Cerba HealthCare Lombardia S.r.l.

Sede Legale: Via Bernardo Quaranta 57, 20139 Milano (MI)

Sede Amministrativa: Via Durini 7, 20122 Milano (MI)

Pec: lombardia@pec.cerbahealthcare.it

Registro Imprese: Milano Nr. REA: MI 1138947

Capitale Sociale: € 27.000,00 i.v.

C.F.: 01579220177 - P.IVA: 14996171006

www.cerbahealthcare.it