ALLEGATO A genitori

Modulo di Autodichiarazione Covid-19

ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e successivi

Il sottoscritto ..... nato a: .....il:.....
Residente in via :..... Nr..... Città:.....
Provincia:..... con domicilio in via.....nr .....città
.....telefono n..... email.....

Genitore/ ..... di .....frequentante la classe/ sezione..... del plesso di.....

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI

a) NON avere e non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea. anosmia, ageusia negli ultimi tre giorni

b) NON essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni.

c) NON essere stato in contatto con persone positive , per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

In fede :

_____(nome e cognome)

Luogo e data_____

Allegare copia documento di riconoscimento

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati personali che entreranno in possesso dell'Istituto, saranno trattati nel rispetto della legislazione sulla tutela della privacy del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

segue informativa

INFORMATIVA EX ART. 13 REGOLAMENTO UE 679/2016

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito per brevità GDPR) di seguito Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

a) Registrazione per un periodo non superiore a 14 giorni in ottemperanza dell'obbligo di legge di compilazione del "registro presenze" nell'ambito dell'emergenza sanitaria Covid-19

2.Il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali sia automatizzate.

3.I dati potranno essere comunicati alle autorità sanitarie, giudiziarie o alla Compagnia di Assicurazione convenzionata con la sottoscrizione del presente al fine, necessario, della gestione degli eventuali infortuni – sinistri.

4.L'interessato, in ogni momento, potrà richiedere l'accesso ai dati conferiti, ottenere la rettifica, richiedere la cancellazione con l'avviso che se richiesta durante la validità del contratto questo dovrà essere risolto.

5.Il conferimento dei dati personali è requisito necessario per l'adempimento del presente per le finalità sanitarie per cui si richiedono.

6. I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario all'esercizio del diritto.

7.Il Titolare del trattamento è: FRANCESCA CIVELLO, legale rappresentante dell'I.C. G. Pascoli di Gozzano con sede legale in Via Per Auzate (Gozzano) Mail: noic80800e@istruzione.it

8.L'interessato ha diritto di presentare reclamo avverso il trattamento dei propri dati personali all'Autorità Garante per la Privacy con sede in Roma.