

IL SOTTOSCRITTO

Residente in (Comune, indirizzo) _____ e domiciliato in
(Comune, indirizzo) _____
identificato a mezzo _____ nr _____ Tel: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di non avere sintomi febbrili sopra i 37.5° e altri sintomi influenzali;
- Di non provenire da zone a rischio COVID-19;
- Di non essere stato in contatto, nei 14 giorni precedenti alla data odierna, con persone positive al COVID-19.

SI IMPEGNA A:

- Dichiarare tempestivamente, anche successivamente all'ingresso, il verificarsi di sintomi di cui sopra;
- Seguire tutte le indicazioni in merito alle procedure e modalità di ingresso, transito e uscita fornite dalla cartellonistica e dal personale;
- Osservare tutte le disposizioni governative e di questo Ufficio, in particolare: mantenere la distanza di sicurezza, osservare l'igiene delle mani, tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.

IL SOTTOSCRITTO dichiara altresì di essere stato informato ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e Reg. Ue 2016/679, che:

- 1) titolare del trattamento dei dati forniti con la presente autocertificazione è la Soprintendenza Archeologia, Belle arti e Paesaggio per la Città metropolitana di Roma, la Provincia di Viterbo e l'Etruria Meridionale presso la sua sede in Via Cavalletti, 2, Roma;
- 2) i dati personali, anche sensibili, ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 2016/769 verranno raccolti con la specifica finalità di prevenzione del contagio da Covid-19, per motivi di interesse pubblico di tutela della sanità pubblica e protezione da gravi minacce per la salute del singolo dichiarante e della collettività, nell'espletamento delle attività pubbliche della Soprintendenza;
- 3) i medesimi dati di cui sopra saranno conservati ai sensi dell'art. 5 Reg. Ue. 2016/769 presso la sede della Soprintendenza per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, che si indica in sei mesi e qualora tali necessità cessino prima è diritto del dichiarante richiedere la cancellazione dei dati ai sensi dell'art. 17 Reg. Ue. 2016/769;
- 4) i dati forniti possono essere comunicati alle autorità sanitarie ove resosi necessario per la tutela della salute e alla autorità di pubblica sicurezza ove emerga la non veridicità delle informazioni attestate.

Dichiara pertanto di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e Reg. Ue 2016/679.

DATA:

FIRMA