

IL SOTTOSCRITTO

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

Tel: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

-Di essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna;

-Di non avere sintomi febbrili sopra i 37.5° nè altri sintomi influenzali (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore);

-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: utilizzare i dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie, 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. n. 196/2003 e s.m.i.i 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;
- Dichiaro pertanto di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi e per gli effetti di cui al d. lgs. n. 196/2003 e s.m.i.i. e Reg. Ue 2016/679.

ROMA, via Cavalletti n.2

DATA:

FIRMA