



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
FROSINONE**

**Modulo di Autodichiarazione – durante Emergenza COVID-19**

Da portare con sé e da consegnare presso sede dell'Ordine - a)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tipo Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**dichiara**

- Di non avere in corso diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere in atto e non avere avuto, nelle ultime settimane, sintomi compatibili con un'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, brividi, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, asma, ageusia, ...
- DICHIARO CHE LA TEMPERATURA CORPOREA TESTÉ MISURATA, CON L'AUSILIO DELL'OPERATORE DELL'ORDINE b), È DI: \_\_\_\_\_**

In fede

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Note:

- a) La presente autodichiarazione deve essere portata con sé unitamente ad un documento d'identità.
- b) La temperatura verrà misurata all'entrata.

**Informativa privacy:**

*In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.*

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_