

## Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n.°

Recapiti telefonici:

In qualità di \_\_\_\_\_ di questo Istituto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R: 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARO

di aver utilizzato sempre e correttamente i DPI previsti (mascherina chirurgica) e di aver mantenuto sempre il prescritto distanziamento fisico di 1 metro.

di non essere stato a distanza inferiore a due metri per più di quindici minuti dal caso positivo

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il trattamento dei dati particolari viene effettuato nel rispetto dell'art.9 (paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

I dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis –Decreto Legge 18/20 come convertito dalla legge n.27, 24 aprile 2020)

Lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)