



**Modulo accesso sede Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento e Assemblea ordinaria
(iscritti, fornitori, altro soggetto)**

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni CoViD-19, Le chiediamo di compilare il seguente modulo .

La ringraziamo per la collaborazione.

Il sottoscritto _____ nato/a il _____

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- di non presentare e aver avuto negli ultimi 14 giorni sintomatologia CoViD-19 o simil-influenzale (febbre, congiuntivite, tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, diarrea, mancanza del senso del gusto e/o olfatto)
- di avere effettuato controllo TC prima dell'accesso e non avere febbre pari o superiore a 37.5° C in data odierna
- di non essere in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e di non avere avuto contatti non protetti con persone positive CoViD-19 o presenza di qualsiasi sintomo correlabile a CoViD-19 , per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni

Si impegna a rispettare, altresì, le misure e le indicazioni che le verranno indicate ai fini dell'accesso alle sedi OPI Trento e dell'Assemblea Ordinaria e si dichiara consapevole che i dati relativo a questo modulo verranno trattati in **esecuzione di un compito di interesse pubblico (Art. 6 c. 1 lett. "e" RGPD)** e per motivi di **sanità pubblica (Art. 9 c. 2 lett. "i" RGPD)** così come da specifica informativa ricevuta e visionata ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Luogo e data _____

Firma