

DICHIARAZIONE IN AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA SINTOMI COVID 19

Vigarano Pieve, _____

CON LA PRESENTE IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO NASCITA
DOCUMENTO	C.F.
INDIRIZZO RESIDENZA	LOCALITA'
N. TELEFONO	TITOLO GENITORIALE
NOME MINORE	COGNOME MINORE

consapevole delle responsabilità civili e/o penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità ai sensi dell'articolo 76 del d.p.r. 28.12.2000 n.445, vi rende le seguenti dichiarazioni compilando la presente pagina e quella a tergo riportata, confermandone il contenuto con la sottoscrizione di entrambe le facciate in la firma olografa apposta in calce ai documenti.

In fede

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO - DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO

(ex art. 13 GDPR 2016/679)

I DATI RIPORTATI IN QUESTA PAGINA ED IN QUELLA RETROSTANTE SONO DATI NECESSARI, E COME TALI TRATTATI AI SENSI DEL GDPR 2016/679, RACCOLTI IN SOLO FORMATO CARTACEO E CUSTODITI IN LUOGO CHIUSO E VERRANNO DISTRUTTI DOPO 14 GIORNI DALLA DATA ODIERNA. NON SARANNO UTILIZZATI PER NESSUN ALTRO SCOPO E RIMARRANNO A DISPOSIZIONE DELLE AUTORITA' COMPETENTI AI SOLI FINI DI EVENTUALI NECESSITA' E/O CONTROLLI, IN OTTEMPERANZA DEL DPCM COVID 19.

IL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO E GARANTE DEL LORO USO E' IL PRESIDENTE PRO TEMPORE DI PRO CIVITATE, COME SI EVINCE DA INFORMATIVA ESPOSTA ALL'INTERNO DELLA MANIFESTAZIONE GASTRONOMICA.

VIGARANO PIEVE, _____

PER PRESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO _____