Camera dei Deputati

La/il sottoscritta/o.....

nata/o a……il……..

dichiara di essere a conoscenza che:

1) non possono accedere alla Camera le persone che abbiano sintomi indicativi di possibile malattia COVID 19 o che ritengano di essere entrati in contatto stretto con casi confermati della malattia medesima;

2) non possono accedere alla Camera le persone sottoposte alle misure della quarantena, dell'isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria;

3) non possono accedere alla Camera le persone la cui temperatura corporea, come rilevata agli ingressi, risulti superiore a 37.5°;

4) nel corso della permanenza alla Camera è necessario indossare correttamente la mascherina protettiva delle vie aeree; mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro; osservare le misure igienico sanitarie raccomandate dalle autorità sanitarie (igienizzazione delle mani, attraverso il gel messo a disposizione, e lavaggio delle stesse);

si impegna, qualora entro i 14 giorni successivi alla data di accesso alla Camera, risulti positivo al test per il COVID 19, a darne immediata comunicazione all'indirizzo di posta elettronica sic.accessi@camera.it ;

acconsente al trattamento dei dati personali, limitatamente ad un periodo di 25 giorni a decorrere dalla data di accesso, esclusivamente per garantire la tracciabilità dei contatti in caso di contagio da COVID 19.

Data,

Firma