

## INFORMATIVA PARTECIPANTI EVENTI CNA ELEZIONE ORGANI ASSOCIATIVI 2021

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare o socio dell'azienda  
\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ pIVA \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

Ai sensi delle misure in vigore per il contrasto alla diffusione del virus SARS-CoV2 e gestione dell'emergenza epidemiologica

### DICHIARO

di non essermi trovato negli ultimi giorni in una delle seguenti condizioni (barrare la casella in caso di sussistenza della condizione) consapevole del fatto che in assenza di uno dei seguenti requisiti non potrò accedere alla sede dell'evento:

- di non essere affetto da Covid-19
- di non essere sottoposto a regime di quarantena da parte dell'autorità sanitaria
- di non essere stato a contatto con casi accertati o sospetti Covid-19
- di non avere avvertito sintomi compatibili con il virus quali: febbre superiore a 37,5 °C, sintomi influenzali, tosse o raffreddore, mal di testa ....
- di non essere stato in uno dei Paesi soggetti a regimi restrittivi per l'ingresso in Italia. Informazioni relative alle destinazioni e alle misure restrittive applicate sono consultabili sul sito [www.viaggiasesicuri.it](http://www.viaggiasesicuri.it)

### AUTORIZZO

Il trattamento dei miei dati personali per la durata dei 14 gg successivi all'evento così come previsto dall'informativa privacy pubblicata sul sito.

MI IMPEGNO a rispettare le regole di comportamento di seguito elencate:

- utilizzo della mascherina chirurgica o di protezione superiore per tutta la durata dell'evento
- lavarsi spesso le mani, con acqua e sapone a disposizione nei bagni o con le soluzioni idroalcoliche messe a disposizione nei locali aziendali;
- evitare strette di mano e qualsiasi contatto con altre persone;
- mantenere una distanza interpersonale di almeno un metro;
- stranutire e/o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie;
- non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani;
- avvertire tempestivamente gli organizzatori nel caso in cui avverta sintomi influenzali.

Data, \_\_\_\_\_

Firma