

EIGENERKLÄRUNG COVID-19

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

DER/DIE UNTERFERTIGTE (NACHNAME NAME)

Körpertemperatur

°C

dem Amt vorbehalten

GEBOREN IN _____ AM _____

TEL _____

DATUM DER PRÜFUNG _____ UHRZEIT _____

AUSWEIS.

NR. _____ DATUM _____ GEMEINDE _____

in Kenntnis aller zivil- und strafrechtlichen Folgen im Falle einer Falscherklärung

ERKLÄRT

IN EIGENER VERANTWORTUNG

GEMÄSS DEN GELTENDEN GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN

FOLGENDES:

- ☐ Nicht mit dem Covid19-Virus infiziert zu sein und sich nicht in Quarantäne zu befinden.
- ☐ Keine fieberhafte Erkrankung mit Körpertemperatur über 37,5° C aufzuweisen.
- ☐ Derzeit nicht an anhaltendem Husten, Atembeschwerden, Erkältung, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Erschöpfung, Verminderung oder Verlust des Geruch- und/oder Geschmacksinnes, Durchfall zu leiden.
(bei Unklarheiten bezüglich Symptome ist mit dem eigenen Hausarzt zu klären und wenn möglich ein Attest vorzulegen, dass es sich nicht um COVID-Symptome handelt)
- ☐ In den letzten 48 Stunden keinen engen Kontakt zu einem POSITIVEN -COVID-19-Fall gehabt zu haben.

Mitteilung gemäß Datenschutz

Die Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Datenschutzgrundverordnung 2016/679 sind auf folgender Webseite der Abteilung Forstwirtschaft veröffentlicht: <http://www.provinz.bz.it/land-forstwirtschaft/forstdienst-foerster/landesforstdienst/798.asp> Die Antragsteller erklären, diese Informationen gelesen zu haben und der Verarbeitung ihrer Daten zuzustimmen. Durch die Unterschrift bestätigen sie, dass alle in diesem Ansuchen angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen und es wird zur Kenntnis genommen, dass falsche Erklärungen und Unterlagen sowie Urkundenfälschungen strafrechtlich verfolgbar sind (Art. 76 DPR 445/2000 i.g.F.).

BOZEN, ____/____/2021

leserliche Unterschrift

AUTOCERTIFICAZIONE COVID19

Si prega di compilare il foglio con lettere a stampatello!

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (COGNOME NOME)

NATO/A A _____ IL _____

TEL _____

DATA DELL'ESAME _____ ORARIO _____

CARTA D'IDENTITÀ:

NR. _____ DATA _____ COMUNE DI _____



essendo a conoscenza di tutte le conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione

DICHIARA

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
IN OTTEMPERANZA DELLE NORME VIGENTI
QUANTO SEGUE:**

- ☐ di non essere affetto dal virus Covid19 e di non trovarsi in regime di quarantena;
- ☐ di non essere in uno stato febbrile con temperatura corporea superiore a 37,5° C;
- ☐ di non manifestare attualmente sintomi relativi a tosse, affezioni alle vie respiratorie, raffreddore, dolori al collo, stanchezza anomala, diminuzione o perdita dell'olfatto e/o del gusto, diarrea;
(in caso di incertezze riferite ai sintomi va chiarito col proprio medico di famiglia ed attestato da quest'ultimo per iscritto che non si tratta di sintomi COVID)
- ☐ di non aver avuto nelle ultime 48 ore alcun contatto con persone dimostratesi affette da COVID19.

Informativa in materia di protezione dei dati

Le informazioni riguardo il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento europeo di protezione dei dati personali 2016/679 sono pubblicate sulla seguente pagina del sito della Ripartizione foreste: <http://www.provincia.bz.it/agricoltura-foreste/servizio-forestale-forestali/servizio-forestale-provinciale/798.asp>. I richiedenti dichiarano di aver preso visione di dette informazioni. Con l'apposizione della firma confermano che quanto indicato nella domanda corrisponde al vero e di essere a conoscenza che per dichiarazioni mendaci la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono previste sanzioni penali (art. 76 DPR 445/2000 e successive modifiche).

BOLZANO, ____/____/2021

Firma leggibile
