



MUSEO
NAZIONALE
DEL CINEMA
TORINO

La/Il sottoscritto/a (Nome e Cognome)

nata/o a () il

residente a () indirizzo:

domiciliato/a a () indirizzo:

recapiti telefonici:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di **non essere affetto/a da Covid-19**, ovvero non **essere stato sottoposto/a a quarantena obbligatoria** di almeno 14 gg;
- di non accusare al momento **sintomi influenzali** quali temperatura superiore a 37,5° C, tosse insistente, dispnea, dolori muscolari, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diarrea, diminuzione o perdita di gusto/olfatto;
- di non aver avuto **contatti stretti con persona/e affetta/e da Covid-19** nelle **48 ore** precedenti la comparsa dei sintomi, *ovvero*
- non aver avuto **contatti stretti con persona/e affetta/e da Covid-19** negli ultimi **14 giorni** e di **non provenire da zone a rischio** secondo le indicazioni dell'OMS;

E SI IMPEGNA

- a rispettare le **misure di protezione dal contagio** adottate dal Museo per l'accesso all'immobile;
- a **comunicare tempestivamente** al Museo **la variazione** delle condizioni di cui sopra.

Con la presente autorizza il trattamento dei propri dati in conformità alla vigente normativa in materia di trattamento dei dati (art. 13, Reg. UE 2016/679 – GDPR, e art. 13, D. Lgs. 196/2003).

Informativa privacy: <https://www.museocinema.it/it/privacy-policy>

Torino,

Firma: