

Al Sig. Sindaco del Comune di Bivona

Oggetto: Comunicazione facoltativa di rientro nel Comune di Bivona (Ag).

Nominativo*

--	--

Nome

Cognome

--

Data di nascita* Formato data: GG / MM / AAAA

--

Comune di nascita*

Sesso*

Uomo

Donna

--

Codice fiscale*

Indirizzo di residenza*

--

Via/Piazza/Corso e numero civico

--	--

Località

Stato/Provincia/Regione

--

CAP / Codice postale

--	--

Cellulare*

Indirizzo email*

Comune o Stato di provenienza*

--	--

Località

Stato / Provincia / Regione

--	--

CAP / Codice postale

Nazione

--

Trasporto utilizzato*

--	--

Data di partenza dal Comune di provenienza* Formato data: gg / mm / aaaa

Data di arrivo* Formato data: gg / mm / aaaa

Indirizzo completo dell'abitazione o della dimora dove si alloggerà

Via/Piazza/Corso e numero civico

Località

Stato / Provincia / Regione

CAP / Codice postale

- Di essere rientrato da solo/a;
 unitamente al proprio nucleo familiare ;

Comunico, inoltre, la volontà di sottoporsi al test sierologico presso laboratorio autorizzato e convenzionato con Codesto Comune.

Componenti nucleo familiari:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Test sierologico rapido	
			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Dichiara di essere a conoscenza che il costo totale del test è pari a € 20,00 a persona, il Comune si farà carico di una compartecipazione nella misura di € 10,00 per componente, la restante parte (€ 10,00 per componente) sarà a carico del sottoscritto che provvederà ad effettuare il pagamento direttamente alla struttura convenzionata.

Firma

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse all'elaborazione della comunicazione.

Il Dichiarante

Si allega copia documento di identità

I dati personali forniti vengono utilizzati nell'ambito del trattamento in argomento per il conseguimento delle finalità relative a quanto riportato nell'Ordinanza del Ministero della Salute del 21 Febbraio 2020.

La base giuridica del trattamento è la salvaguardia degli interessi vitali della cittadinanza in relazione all'emergenza COVID-19, nonché motivo di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 9, comma 2, lettera I del GDPR).

I dati personali raccolti nell'ambito delle attività di sorveglianza vengono trattati dall'Autorità sanitaria competente per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, ai sensi dell'art. 9, paragrafo 2, del regolamento (UE) 2016/679, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali, ivi incluse quelle relative al segreto professionale, e in relazione al contesto emergenziale in atto. La documentazione acquisita viene distrutta trascorsi sessanta giorni dalla raccolta, ove non si sia verificato alcun caso sospetto.