

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____,
 nato/a il ___/___/___ a _____ (___), residente
 in _____ (___), via _____,
 e domiciliato/a in _____ (___), via _____,
 documento di identità _____, nr. _____ rilasciato in data ___/___/___ da
 _____, con scadenza in data ___/___/___

in relazione alle misure di contenimento della diffusione dell'infezione COVID-19, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

- di non essere affetto/a da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5 °C;
- di non accusare, al momento, tosse persistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- di non essere sottoposto/a, in relazione all'infezione COVID-19, alla misura della quarantena, ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora, e di non essere a conoscenza, ad oggi, del proprio stato di positività alla medesima infezione;
- di non aver avuto "contatto stretto", negli ultimi 14 giorni, con un caso positivo/confermato all'infezione COVID-19;
- di non essere rientrato/a in Italia, negli ultimi 14 giorni, da uno Stato estero o da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS, oppure degli Enti territoriali nazionali;
- di non pervenire da aree che sono oggetto di specifici provvedimenti restrittivi, quali il divieto di allontanamento e/o di accesso, emessi dalle Autorità competenti per il contenimento dell'infezione COVID-19;
- di non essere, allo stato attuale, in attesa di esito di tampone oro-naso-faringeo;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse verificarsi, durante il periodo di svolgimento delle specifiche prove, di quanto sopra indicato.

 (Località e data)

 (Firma leggibile del dichiarante)

Dichiara altresì di aver contratto il virus SARS-Cov-2 e di aver effettuato, dopo la guarigione clinica, almeno due tamponi a distanza di 24 ore, risultati negativi rispettivamente in data ___/___/___ e in data ___/___/___, rispettando il periodo di quarantena terminato in data ___/___/___; (FIRMARE SOLO IN CASO POSITIVO)

 (Località e data)

 (Firma leggibile del dichiarante)