

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE COVID19 AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 E SUCCESSIVI

Il/La sottoscritto/a:

Nato/a a:il

Residente in: (Prov.)

Via/Piazza n.

Tipo documento:N.

Rilasciato da: in data

Riferimento telefonico : cell. fisso.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLA PERSEGUIBILITA' DI EVENTUALI DICHIARAZIONI MENDACI

☐ di NON aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid19, tra i quali temperatura corporea di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime due settimane;

☐ di NON aver soggiornato, anche temporaneamente, in aree con presunta trasmissione comunitario (diffusa o locale);

☐ di NON aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette o sospette tali da Covid19, ovvero positive a SARS-Cov2 (familiari, luoghi di lavoro ecc.);

☐ di NON essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid19;

☐ di NON essere risultato positivo al tampone per l'individuazione del virus SARS-Cov2;

☐ di aver contratto il virus SARS-Cov2 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

☐ di NON aver effettuato viaggi internazionali;

In fede

..... lì,
(Luogo e data)

.....
(Firma)

Informativa privacy

In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (D.P.R. n. 445/2000 art. 76). Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali personali ex art. 13 Regolamento UE n. 7679/16.

.....
(Firma)