

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente in
_____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

Documento _____,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000;

DICHIARA:

1) di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:

- a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
- b) tosse di recente comparsa;
- c) difficoltà respiratoria;
- d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
- e) mal di gola.

2) di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID – 19.

Dichiara, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO _____ Il/La Dichiarante _____

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità)