

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R.N.445/2000

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____

In via _____, tel. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di non essere o non essere stato Covid-19 positivo accertato o di essere stato dichiarato negativo a seguito di duplice tampone negativo
- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale
- Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti con soggetti risultanti positivi al Covid-19
- Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi influenzali (tosse, febbre) come previsto dall'art. 1, co.1, lett.a) del DPCM 17 maggio 2020
- Di essere a conoscenza delle sanzioni previste come dall'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 17 maggio 2020.

Il sottoscritto, firmando il presente documento, si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi sopraelencate avendo cura, in tal caso, di restare al proprio domicilio e consultare il proprio medico curante.

Luogo e data _____ Firma _____

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto delle normative sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare il regolamento della struttura e il protocollo di sicurezza che questa ha adottato per far fronte all'emergenza sanitaria.

Luogo e data _____ Firma _____