

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 E  
SUCCESSIVI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
identificato con tipo di documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .  
**Cellulare:** \_\_\_\_\_

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

- a) **NON** aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime due settimane.
- b) **NON** aver soggiornato, anche temporaneamente, in aree con presunta trasmissione comunitario (diffusa o locale)
- c) **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, etc.)
- d) **NON** essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19
- e) **NON** essere risultato positivo al tampone per l'individuazione del virus SARS-Cov2
- f) **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 \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

Luogo e data