

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 D.P.R.28 DICEMBRE 2000 N. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ (____) IL ____/____/____, RESIDENTE A _____ (____)

ALLA VIA/PIAZZA: _____ N° _____

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 46 D.P.R. N. 445/2000

DICHIARA:

- 1) DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE MISURE DI CONTENIMENTO DEL COVID-19 VIGENTI IN ITALIA E, IN PARTICOLARE, DELLE PRESCRIZIONI CONTENUTE NEL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI;
- 2) DI IMPEGNARMI A RISPETTARE TUTTE LE MISURE DI PREVENZIONE ADOTTATE DALL'AZIENDA AVENDONE PRESO VISIONE E COMPRESO PIENAMENTE CONTENUTI ED INDICAZIONI ED ATTE A PREVENIRE LA DIFFUSIONE DEL CORONAVIRUS COVID-19;
- 3) DI NON PRESENTARE ALLA DATA DELLA RICHIESTA, NÉ AVER AVUTO NEGLI ULTIMI 15 GIORNI I SEGUENTI SINTOMI:
 - ✓ RIALZO TEMPERATURA OLTRE 37.5°
 - ✓ TOSSE
 - ✓ MALESSERE GENERALE E/O PEGGIORAMENTO CONDIZIONI ABITUALI
- 4) DI NON AVER AVUTO, NEI 14 GIORNI PRECEDENTI ALLA DATA DELLA PRESENTE, CONTATTI A RISCHIO, CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL CORONAVIRUS;
- 5) NON ESSERE PERSONALMENTE TRANSITATO O AVER SOGGIORNATO, IN REGIONI, STATI O AREE CHE SONO CONSIDERATE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO;
IN PARTICOLARE **DICHIARO** DI AVERE EFFETTUATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI SOGGIORNI / TRANSITI NEI SEGUENTI PAESI E TERRITORI:
ITALIA – SPECIFICARE REGIONE _____ **CITTÀ O LOCALITÀ:** _____
DURATA DEL SOGGIORNO (GIORNI) _____
STATO ESTERO: SPECIFICARE NAZIONE _____ **CITTÀ O LOCALITÀ:** _____
DURATA DEL SOGGIORNO (GIORNI) _____
- 6) NON AVERE FAMILIARI/CONVIVENTI O ALTRI ASSIMILABILI CHE ABBIANO SOGGIORNATO, IN REGIONI, STATI O AREE CHE, SONO CONSIDERATE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO
- 7) DI AVER OTTEMPERATO AD OGNI PREVISIONE NAZIONALE O REGIONALE PREVISTA PER IL RIENTRO DAI LUOGHI IN CUI HO SOGGIORNATO E MI OBBLIGO A FORNIRNE IN ALLEGATO EVIDENZA
- 8) DI IMPEGNARSI A COMUNICARE PER TUTTA LA DURATA DEL RAPPORTO QUALSIASI VARIAZIONE IN ORDINE ALLO STATO DI QUANTO SOPRA DICHIARATO, IVI INCLUSO SULLO STATO DI SALUTE PERSONALE E DEI CONVIVENTI O A QUALSIASI EVENTUALE SOPRAVVENIENZA DI SOSPETTO CONTAGIO O CONTATTO CON CONTAGIATI DA COVID - 19

_____ LI' _____

FIRMA: _____