

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_)

indirizzo \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono n. \_\_\_\_\_

consapevole che le ipotesi di falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

1. di non avere sintomi influenzali (tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, difficoltà respiratoria) e di non avere conviventi che presentino tale sintomatologia;
2. di non essere a conoscenza di essere entrato in contatto stretto con nessun caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
3. di non essere soggetto a periodo di quarantena obbligatoria secondo prescrizioni governative vigenti;
4. di non essere risultato positivo a COVID-19, oppure di essere risultato positivo ma di possedere idonea certificazione medica da cui risulta la "avvenuta negativizzazione" secondo le modalità previste, rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione territoriale di competenza o altra Autorità sanitaria competente;
5. di non provenire da zone a rischio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_