

**Oggetto: DIFFUSIONE COVID-19 SUL TERRITORIO ITALIANO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’**

Con riferimento: - alle disposizioni impartite dalle Ordinanze Ministeriali / Regionali allo scopo di contrastare e contenere il contagio da COVID-19

Io sottoscritto (COGNOME, NOME, CODICE FISCALE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni di cui all’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 44 DICHIARO CHE

 1. NON sono venuto a contatto stretto negli ultimi 14 gg, per quanto di mia conoscenza, con soggetti risultati positivi al COVID-19;

2. NON sono stato sottoposto a misure di quarantena fiduciaria o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;

3. NON ho, al momento del mio ingresso in struttura e nei tre giorni precedenti, una temperatura corporea maggiore di 37,5° nè di avvertire sintomi di raffreddamento.

4. COMUNICHERO’ TEMPESTIVAMENTE all’indirizzo mail della struttura e ai suoi responsabili ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato, nonché l’eventuale positività al COVID-19

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_