

**DOCUMENTO AUTOCERTIFICATIVO**

Il sottoscritto .....  
Nato a ..... il .....  
Residente a .....

Consapevole delle conseguenze previste dalla presente normativa in materia sanitaria al fine di contenere il rischio di contagio - COVID 19 e del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli

Dichiara sotto la propria responsabilità  
*ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000*

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al virus COVID 19
- Di essere a conoscenza delle misure per la prevenzione del contagio vigenti alla data odierna
- Di non presentare, o aver presentato, nei 14 giorni precedenti la data odierna, alcuno dei sintomi riferibili ad infezione da COVID 19 ed in particolare :
  - ipo-anosmia, ipogeusia ( perdita dell'olfatto e del gusto)
  - temperatura superiore a 37,5°
  - tosse
  - dispnea (difficoltà a respirare)
  - astenia (stanchezza)
  - raffreddore, mal di gola
  - disturbi gastro-intestinali
  - congiuntivite con febbre
- Di presentare, o aver presentato, nei 14 giorni precedenti la data odierna, anche uno solo dei sintomi riferibili ad infezione da COVID 19, riportati al precedente punto.

Data : .....

Firma : .....