



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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____ (____),
residente a _____ (____), in via _____ e domiciliato/a in
_____ (____), via _____,
identificato/a a mezzo _____ nr. _____, rilasciato da _____
in data _____, utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze
penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere affetto da alcuno dei sintomi sottoelencati:
 - temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
 - tosse di recente comparsa;
 - difficoltà respiratoria;
 - perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - mal di gola

- di non essere attualmente sottoposto alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19.

Luogo e Data _____

Firma leggibile del dichiarante _____