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

Il/La sottoscritto/a , nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_

a ( ), residente 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 sotto elencati:

* 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 della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19

- Di non aver avuto contatti, negli ultimi 14 giorni, con persone risultate positive al COVID-19

Data

Firma del dichiarante

N.B. Allegare copia di un documento di identità