



**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 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 recentemente contatti stretti ad alto rischio con soggetti risultati positivi al Covid-19, ovvero di aver avuto recentemente contatti stretti ad alto rischio con soggetti risultati positivi al Covid-19, ma di non essere sottoposto alla misura della quarantena, in quanto soggetto asintomatico, che ha ricevuto la dose booster, o con ciclo vaccinale completo nei 120 giorni precedenti il contatto, o guarito dal contagio nei 120 giorni precedenti il contatto.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante