

## Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a il ..... a .....,  
residente in ....., via ....., n° .....,  
e domiciliato/a in (solo se diverso dalla residenza) ....., via ....., n° .....,  
documento di identità ....., n° ..... rilasciato il .....,  
da ....., con scadenza in data ....., telefono .....

**in relazione alle misure di contenimento della diffusione dell'infezione Covid-19, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 del D.P.R. 445/2000),**

### DICHIARA

- di non essere affetto/a da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5 °C;
- di non accusare al momento, tosse persistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- di non essere sottoposto/a, in relazione all'infezione Covid-19, alla misura della quarantena, ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora, e di non essere a conoscenza, ad oggi, del proprio stato di positività alla medesima infezione;
- di non avere avuto "contatto stretto", negli ultimi 14 giorni, con un caso positivo/confermato all'infezione Covid-19;
- di non essere rientrato/a in Italia, negli ultimi 14 giorni, da uno Stato estero o da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS, oppure dagli Enti territoriali nazionali;
- di non pervenire da aree che sono oggetto di specifici provvedimenti restrittivi, quali il divieto di allontanamento e/o di accesso, emessi dalle Autorità competenti per il contenimento all'infezione Covid-19;
- di non essere, allo stato attuale, in attesa di esito di tampone oro-naso-faringeo;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse verificarsi.

\_\_\_\_\_  
(Località e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)

- 
- Dichiaro altresì di aver contratto il virus SARS-Cov-2 e di aver effettuato, dopo la guarigione clinica, il tampone oro-naso-faringeo il quale è risultato negativo in data ....., il periodo di quarantena è terminato il .....

\_\_\_\_\_  
(Località e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)

---

**Presto esplicito consenso, ai sensi dei Decreti Legislativi 30/06/2003, n. 196 e 10/08/2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione.**