Autodichiarazione ai sensi degli artt. 47e 47 del DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nell’accesso presso questo edificio, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

* di non essere affetto/a da uno o più dei seguenti sintomi
1. temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
2. tosse di recente comparsa;
3. difficoltà respiratoria;
4. perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia)
5. diminuzione dell'olfatto (iposmia)
6. perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
7. mal di gola;
* di non essere sottoposto/a 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;

Luogo e data In fede

Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità