

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 5 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e S.M.I.)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Il _____

residente a _____ provincia _____

codice fiscale ,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento /decisione emanato/a sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art 75 del richiamato D.P.R. 445; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

**di essere risultato positivo ad uno dei test validi in Toscana per la conferma dell' infezione da SARS COV 2
E DI**

avere ricevuto in data ___/___/_____ un provvedimento di chiusura dell'isolamento sanitario cui era sottoposto da parte dell'Azienda ASL competente

aver effettuato in data ___/___/_____ un tampone antigenico o molecolare presso _____

(Indicare la struttura che ha effettuato il tampone) il cui esito è risultato NEGATIVO e di aver compilato sul portale della Regione Toscana: <https://referticovid.sanita.toscana.it>, il questionario di autovalutazione e di non aver ricevuto alcuna comunicazione da parte della ASL di competenza nelle 24 ore successive alla compilazione del suddetto questionario.

DICHIARA INOLTRE

di essere informato che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali saranno raccolti e trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ li _____

Il dichiarante _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art 38 , D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione deve essere corredata da fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.