DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 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 sula 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 non aver avuto nessuno dei seguenti sintomi riferibili al COVID-19:

febbre superiore a 37,5 gradi o sensazione di febbre, brividi, tosse, difficoltà a respirare, anosmia (non sentire ordori) ageusia (non sentire sapori), inappetenza, mal di testa, mal di pancia, diarrea, vomito, anoressia (mancanza di appetito), astenia (ridotta forza muscolare), stanchezza, dolori muscolari, malessere generale, faringite (mal di gola), rinorrea (scolo dal naso o intasamento del naso), congiuntivite.

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.

_____ lì _____

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.