



Ministero della Salute

**Misure e procedure di contenimento SARS-CoV-2
Protocollo anti-contagio sedi centrali**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritt _____
nato il _____ a _____ (____),
residente in _____ (____) via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____,
identificato a mezzo _____ nr. _____,
rilasciato da _____ in data _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi e per gli effetti 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena o provvedimento restrittivo analogo;
- di non essere risultato positivo al virus COVID-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione;
- di non presentare alcuno di questi sintomi: febbre superiore a 37,5°, mal di gola, rinorrea, tosse difficoltà respiratoria (dispnea) e sintomatologia simil influenzale/simil COVID-19/polmonite;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio.

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il presente documento verrà conservato dall'Amministrazione per il tempo strettamente necessario e, comunque, non superiore a 30 giorni.

LUOGO

DATA

FIRMA _____