

## AUTODICHIARAZIONE COVID - 19 (ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Di Nazionalità \_\_\_\_\_

Documento/passaporto \_\_\_\_\_ Num \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI (1)

anche nella sua qualità di genitore o tutore del minore indicato qui di seguito (2)

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Di Nazionalità \_\_\_\_\_

Documento/passaporto \_\_\_\_\_ Num \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_

DICHIARA QUANTO SEGUE come previsto DPCM 14 LUGLIO 2020

1. di non essere affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 giorni;
2. di non accusare sintomi riconducibili al COVID-19 quali, a titolo esemplificativo, temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, raffreddore e di non aver avuto contatti con persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
3. l'impegno a rinunciare al viaggio e a informare l'Autorità sanitaria competente nell'ipotesi in cui qualsiasi dei predetti sintomi emergesse prima del viaggio o si verificasse entro otto giorni dall'arrivo a destinazione de servizio utilizzato;

Luogo e data:

Firma leggibile del Dichiarante

