

## DICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE**  
(seleziona i punti che descrivono la situazione ad oggi)

- non ha avuto negli ultimi 2 giorni, per quanto di propria conoscenza, **contatti con soggetti positivi al COVID-19**; nel caso accadesse, si impegna a comunicarlo tempestivamente, anche qualora non si presentassero sintomi respiratori;
- non presenta sintomi respiratori (temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) e che tornerà alle escursioni a scomparsa completa dei sintomi;
- non ha mai contratto il COVID-19, neanche se asintomatico;
- ha contratto il COVID-19 ed è guarito in data \_\_\_\_\_.

Data

Firma del dichiarante