

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ESTERNI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO
DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS CoViD – 19**

Il sottoscritto	COGNOME E NOME				
Nato a	LUOGO	Provincia	il	DATA DI NASCITA	
Residente a	LUOGO	CAP		Provincia	
Indirizzo	VIA / PIAZZA			N. civico	
Numero telefonico per eventuale contatto					

ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti

DICHIARA

per se stesso

per la/il propria/o figlia/o:

COGNOME E NOME

CLASSE

- di impegnarsi a garantire il rispetto e l'applicazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus CoViD – 19 stabilite dalle Autorità competenti;
- di non presentare sintomi influenzali quali ad esempio febbre superiore ai 37,5 gradi, tosse, mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, dolori muscolari nelle ultime 24 ore, perdita di olfatto e/o gusto, nausea, vomito;
- di non essere stato a contatto con persone positive al virus CoViD – 19 negli ultimi 14 giorni (tampone positivo);
- di non essere sottoposto a misura di quarantena causa il virus CoViD – 19;
- di non essere risultato positivo a tampone per la ricerca di virus CoViD – 19.

Il sottoscritto inoltre **COMUNICA** che, negli ultimi 14 giorni:

- | | | |
|---|----|----|
| - ha avuto contatti con casi accertati positivi al virus CoViD – 19 (tampone positivo) | SI | NO |
| - ha avuto contatti con casi sospetti positivi al virus CoViD – 19 (no tampone) | SI | NO |
| - ha avuto contatti con familiari di casi sospetti positivi al virus CoViD – 19 (no tampone) | SI | NO |
| - ha avuto contatti con conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI | NO |
| - ha avuto contatti con persone con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI | NO |
| - aver frequentato ambienti sanitari con casi accertati / sospetti positivi al virus CoViD – 19 | SI | NO |

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al virus CoViD – 19: _____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti nel presente modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

DATA _____

FIRMA _____