

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 del DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445
(per operatori sanitari ed infermieri)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____

In caso di minore:

Genitore/Tutore del minore _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 15 GIORNI

1. **NON** ha avuto (genitore e minore) sintomi quali TOSSE, RAFFEDDORE, FEBBRE associati o meno a DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA;
2. **NON** ha (genitore e minore) soggiornato anche solo temporaneamente in aree con presunta trasmissione comunitaria (diffusa e locale);
3. **Per ragioni professionali è venuto a contatto** (genitore) con persone sospette per COVID-19 o positive al SARS-CoV-2, o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19, **adeguatamente protetto da idonei dispositivi**;
4. **NON** è (minore) venuto a contatto con persone sospette per COVID-19 o positive al SARS-CoV-2, o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19;
5. **NON** è (genitore e minore) attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19;
6. **NON** è (genitore e minore) risultato **POSITIVO** al tampone per la ricerca del virus SARS-CoV-2;
7. **NON HA** contratto il COVID-19;
8. **HA** contratto il COVID-19 (anche antecedentemente agli ultimi 15 gg) e di aver effettuato dopo la guarigione clinica **DUE tamponi NEGATIVI**
9. **NON** ha (genitore e minore) effettuato viaggi in paesi considerati a rischio secondo l'OMS

Dichiaro inoltre di avere letto e compreso l'informativa "**Covid-19, documento di informativa privacy generale**"

In fede,

Firma del dichiarante o del genitore se minorenni

Data: _____
