

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Rilasciata ai sensi degli art.li 46 e 47 del DPR 445/2000

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

motivo dell'ingresso in sede: **PARTECIPAZIONE EVENTO FORMATIVO OPM DEL** \_\_\_\_\_ (indicare la data)

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

### DICHIARA

1. DI ESSERSI misurata/o la temperatura corporea prima di lasciare la propria abitazione per recarsi presso la sede dell'evento;

- ☐ Si  
☐ No

2. DI NON avere attualmente ovvero non aver avuto negli ultimi 14 giorni sintomi simil influenzali\* o problemi respiratori;

\* Febbre/febbricola (> 37,5°C), tosse e/o difficoltà respiratorie, malessere, astenia, cefalea, congiuntivite, sangue da naso/bocca, vomito e/o diarrea, inappetenza, confusione/vertigini, perdita/alterazione dell'olfatto, perdita di peso ingiustificato, disturbi dell'olfatto e/o del gusto. Se si fossero riscontrate uno di questi sintomi è pregato di contattare il proprio medico curante ed evitare di muoversi dalla propria abitazione senza diagnosi negativa.

- ☐ Si  
☐ No

3. DI NON aver avuto diagnosi COVID-19 positivo;

- ☐ Si  
☐ No

- 3.1. In caso di risposta negativa, SONO guarita/o? (doppio tampone negativo?);

- ☐ Si  
☐ No

4. DI NON aver avuto negli ultimi 14 giorni contatti diretti con persone risultate positive al COVID-19;

- ☐ Si  
☐ No

5. DI NON essere attualmente in regime di quarantena;

- ☐ Si  
☐ No

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Le informazioni contenute nella presente dichiarazione saranno trattate ai sensi del REG. Europeo 679/16. Per ulteriori informazioni si rimanda all'informativa completa di cui il/la sottoscritta dichiara di aver preso visione.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_