**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO**

* di NON AVERE febbre o altri sintomi influenzali, suggestivi di COVID-19;
* che negli ultimi 14 giorni, NON HO avuto contatti con soggetti􀆫 risultati positivi al COVID-19 o che provengano da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Data e luogo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_