**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assumendosi la piena responsabilità delle dichiarazioni di seguito rilasciate e delle conseguenze che potrebbero derivare da affermazioni non veritiere

**DICHIARA**

* Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19 nelle ultime due settimane;
* Di non trovarsi in stato di quarantena o isolamento fiduciario;
* Di non aver avuto sintomi riferibili all’infezione da COVID-29 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto) nelle ultime due settimane;
* Di non manifestare attualmente sintomi riferibili all’infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).

Altresì dichiara di impegnarsi ad adottare tutte le misure di prevenzione, anche in conformità alle raccomandazioni e alle istruzioni dell’OMS e dell’autorità sanitaria nazionale, atte a prevenire la diffusione del CODID-19.

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare del trattamento dei dati è ASST Santi Paolo e Carlo Milano.