

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Contatto stretto asintomatico**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .  
\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in  
\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
\_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato/a a mezzo  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , utenza telefonica  
\_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste  
in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

✓ Di non aver presentato i seguenti sintomi nel periodo di isolamento iniziato in data \_\_\_\_\_ a seguito dell'ordinanza n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ del Sindaco di \_\_\_\_\_:

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE  $\geq 37,5^{\circ}$

In fede

Data

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

Allegato: copia documento di identità