**Allegato C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

**IL SOTTOSCRITTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  |  | Nome |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comune di nascita |  | Prov. |  |  |  | Data di nascita |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Residente a |  |  | Prov. |  |  |  | CAP |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefono |  | Cell. |  |  | E-mail |  |

consapevole che le ipotesi di falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

1. di non avere sintomi influenzali (tosse, raffreddore, mal di gola, bruciore agli occhi, difficoltà respiratoria) e di non avere conviventi che presentino tale sintomatologia;
2. di non essere a conoscenza di essere entrato in contatto stretto con nessun caso confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
3. di non essere soggetto a periodo di quarantena obbligatoria secondo prescrizioni governative vigenti;
4. di non essere risultato positivo a COVID-19, oppure di essere risultato positivo ma di possedere idonea certificazione medica da cui risulta la "avvenuta negativizzazione'' secondo le modalità previste, rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione territoriale di competenza o altra Autorità sanitaria competente;
5. di non provenire da zone a rischio.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dichiarante

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