

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Io sottoscritt _____ nat_a _____

il _____ residente a _____

provincia _____ via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28 dicembre 2000 N° 445

DICHIARA

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni:

	SI	NO
è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?		
manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).		

• **Dichiara** di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nei locali della Soprintendenza eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura delle Pagliere (art. 46 D.P.R. n. 445/2000). Autorizza, inoltre, la Soprintendenza Archeologia Belle Arti e Paesaggio di Firenze al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data _____

Firma _____