DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a: _____ nato a

_____ il _____ e residente a _____

Via/Piazza _____, n. _____,

CELL: _____, MAIL: _____,

in relazione alla sua presenza presso l'U.M.C. di PADOVA , Corso Spagna ,12, in data _____, per il seguente motivo:

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- ✓ di non presentare e di non aver presentato nei 14 giorni precedenti sintomi quali tosse, febbre o difficoltà respiratorie e di non aver avuto contatti stretti, nel medesimo periodo temporale, con pazienti interessati da infezione Coronavirus (2019-nCoV);
- ✓ di non aver frequentato nei 14 giorni precedenti una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezione Coronavirus (2019-nCoV);
- ✓ di non aver effettuato transiti e/o soggiorni in paesi esteri e/o zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'Organizzazione mondiale della sanità;
- ✓ che prima di lasciare l'abitazione, avendo eseguito la misura, la propria temperatura corporea non era superiore a 37,5°.

Padova, _____

Il dichiarante

Allegare copia di valido documento di riconoscimento

GENERICO AUTOCERTIFICAZIONE STATO SALUTE