



ALLEGATO N.2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (____)

residente a _____ (____)

in via _____

consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

1. di essere sottoposto all'obbligo di permanenza domiciliare con isolamento fiduciario o di quarantena;
2. di non aver avuto, nei precedenti 14 giorni, nessuno dei seguenti sintomi: Alterazioni dell'olfatto; Alterazioni del gusto; Febbre $\geq 37,5$ °C; Stanchezza; Dolore muscolari; Mal di gola; Tosse secca; Congestione nasale; Rinorrea (naso che cola); Dispnea (difficoltà a respirare); Diarrea; Cefalea; Dolore addominali;
3. di non avere, oggi, nessuno dei sintomi sopra elencati;
4. di non aver avuto contatti, nei precedenti 14 giorni con nessuno che presentasse uno o più sintomi tra quelli elencati al punto 2;
5. di non essersi recato, nei precedenti 14 giorni, in zone considerate ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2;
6. di non aver avuto contatti con soggetti, ivi compresi i familiari, affetti da COVID-19;
7. che i propri familiari non presentano nessuno dei sintomi sopra elencati;
8. che non è mai stato affetto da COVID-19, ovvero di essere stato dichiarato guarito dall'infezione e di disporre di idonea certificazione che esibisce agli incaricati della verifica

Data _____

Firma _____