

**DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto

_____ ,
nato il ____/ ____/____

a _____ (_____),

residente in _____ (_____),

Via _____

Tel. _____

Email _____

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA

- di non avere:

- a) temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5°C e brividi;
- b) tosse di recente comparsa;
- c) difficoltà respiratoria;
- d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
- e) mal di gola
- f) di non sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID - 19;
- g) di aver preso visione del protocollo aziendale di sicurezza anti-contagio Covid19 e di impegnarsi a rispettare tutte le indicazioni contenute e/o impartite dal personale comunale.

Lì, _____

Firma del dichiarante