

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ,  
nato/a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e  
domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ ,  
utenza telefonica \_\_\_\_\_ , consapevole delle conseguenze penali previste  
in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

➤ di essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti all'adata odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;

➤ di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;

➤ di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art.2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;

➤ che lo spostamento è determinato da:

- comprovate esigenze lavorative;
- motivi di salute;
- altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio;  
(specificare il motivo che determina lo spostamento):

\_\_\_\_\_;

➤ che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato) \_\_\_\_\_;

➤ con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione) \_\_\_\_\_;

➤ in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:

\_\_\_\_\_.

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia

## DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CRITERI EPIDEMIOLOGICI	Si	No
È stato esposto a casi sospetti o accertati o a familiari di casi sospetti o accertati di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha avuto contatti con persone rientrate da zone sottoposte a cordone sanitario di COVID-19 negli ultimi 14 giorni?		
Ha frequentato negli ultimi 14 giorni zone sottoposte a cordone sanitario o è domiciliato nelle stesse?		
Convive con persone con febbre/febbricola associata a tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, alterazioni del gusto e dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi, diarrea insorti negli ultimi 14 giorni?		
CRITERI CLINICI		
Ha febbre (T.C. 37.5 °C) insorta da meno di 14 giorni?		
Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea insorti da meno di 14 giorni?		
Ha avuto febbre (T.C. 37.5 °C) tosse, raffreddore, difficoltà respiratoria, mal di gola, congiuntivite, alterazioni del gusto, alterazioni dell'olfatto, dolori osteo-articolari diffusi o diarrea negli ultimi 14 giorni?		
ANAMNESI PREGRESSA PER SARS-CoV-2		
Ho ricevuto una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 mediante esame molecolare (tamponi)? In tal caso ha effettuato due tamponi rinofaringei consecutivi per SARS-CoV-2 risultati negativi?		
Ha effettuato un esame sierologico per SARS-CoV-2 che è risultato positivo (IgM e /o IgG)? In tal caso ha effettuato almeno un tampone rinofaringeo per SARS-CoV-2 risultato negativo?		

- dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde a verità;
- dichiara di assumersi la responsabilità di indossare la mascherina chirurgica fin dall'ingresso in struttura e per tutta la permanenza all'interno della stessa.
- controllo temperatura corporea

Roma, 22 novembre 2020

Firma leggibile del dichiarante