

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ ,
residente a _____, in _____ N. _____, codice
fiscale _____, recapito Telefonico, _____

in ottemperanza alle disposizioni dell' - **ORDINANZA SINDACALE N. 27 del 03 SETTEMBRE 2020** -
prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID 19 -per la verifica del proprio
stato di salute prima dell'ingresso agli uffici Comunali consapevole delle pene previste per le
false attestazioni sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non essere positivo al virus COVID - 19 SARS 2;
- di non essere sottoposto a regime di quarantena né di isolamento fiduciario;
- di non avere sintomi riconducibili al COVID - 19 SARS 2 (quali raffreddore, tosse ,dolori muscolari, etc.);
- di avere una temperatura corporea inferiore a 37,5° al momento dell'accesso ai servizi comunali;
- di non aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi al test. COVID-19 SARS 2 o sottoposti a regime di quarantena né di isolamento fiduciario.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e pubblica ai sensi dell'art. 50 D. Lgs.267/2000 pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di "Misure Urgenti Di Contenimento E Gestione Dell'emergenza Da Covid-19" (Coronavirus)

- Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento

Crispano,

Firma del Dichiarante