**AUTODICHIARAZIONE per OSPITI, VISITATORI e VOLONTARI**

**Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza a quanto previsto dall’Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del 13 luglio 2020, del Decreto-legge n. 52 del 22 aprile 2021 e del Decreto Legge n. 105 del 23/07/2021**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_),

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

utenza telefonica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale **(art. 495 c.p.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ’ CHE:**

**CERTIFICAZIONE VERDE**

□ ha ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID-19 da almeno 15 giorni;

***oppure***

□ ha completato il ciclo vaccinale anti COVID-19 da non oltre 9 mesi; ***oppure***

□ è guarito da COVID-19 da non piu di 6 mesi; ***oppure***

□ si è sottoposto nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione di SARS-CoV-2

con esito negativo

**dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che:**

negli ultimi 14 giorni non ha presentato anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca,

respiro affannoso/difficolta respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola,

congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell’olfatto;

negli ultimi 14 giorni non ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o

confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);

negli ultimi 14 giorni non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi

compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.);

negli ultimi 14 giorni non è stato sottoposto a regime di quarantena e non ha ricevuto disposizioni di

isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra

Schengen, di cui all’art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

**A questo riguardo, dichiara di attenersi alle indicazioni fornite dalla struttura nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nome e cognome in stampatello firma del dichiarante**

In caso variassero le condizioni di cui alla presente certificazione, il sottoscritto si impegna a darne

tempestiva comunicazione al personale di Servizio

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Data, ora e firma del dichiarante**