

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

DICHIARAZIONE SOSTITUITIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____
e residente in _____

assumendosi la piena responsabilità delle dichiarazioni di seguito rilasciate e delle conseguenze che potrebbero derivare da affermazioni non veritiere

dichiara

- 1) di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:
 - a) temperatura 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;
- 2) di non essere 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;

Altresì dichiara di impegnarsi ad adottare tutte le misure di prevenzione, anche in conformità alle raccomandazioni e alle istruzioni dell'OMS e dell'autorità sanitaria nazionale, atte a prevenire la diffusione del COVID-19.

Milano _____

Firma _____

La presente autodichiarazione va direttamente consegnata, in formato cartaceo, a cura del candidato, in sede di riconoscimento, il giorno di convocazione alle prove selettive.

Titolare del trattamento dei dati è ATS Città Metropolitana di Milano