

Autocertificazione ai sensi del DPCM del 7 Agosto 2020

Il sottoscritto, telefono
(cognome e nome)

Nato a il, nazionalità

Residente in
(indirizzo completo, città, nazione)

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) di non essere affetto da COVID-19 e di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 giorni;
- b) di non accusare sintomi riconducibili al COVID-19 quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, raffreddore;
- c) di non aver avuto contatti con persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- d) l'impegno a rinunciare al viaggio e a informare l'Autorità sanitaria competente nell'ipotesi in cui qualsiasi dei predetti sintomi emergesse prima del viaggio o si verificasse entro otto giorni dall'arrivo a destinazione del servizio utilizzato.

Data:

In Fede

.....

(firma leggibile)