

CATANIA

Covid-19 Sicurezza per l'accesso
alle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria

UOS Territoriale di SPV di _____

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli ARTT. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 in ottemperanza alle Disposizioni dell'Assessorato Regionale della Salute della Regione Siciliana.

Io sottoscritto/a (*nome*) _____ (*cognome*) _____
nato/a il _____ a _____ | Prov. _____
residente a _____ Prov. _____
via _____ n. _____
domiciliato a (*compilare solo se diverso da residenza*) _____ | Prov. _____
via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE NEGLI ULTIMI 10GIORNI

- NON sono stato sottoposto a regime di quarantena e non ho ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19
 - NON ho avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
 - NON ho avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
 - NON mi sono recato in zone considerate ad alto rischio di infezione COVID-19
- + NON ho presentato anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

data _____ FIRMA (*per esteso e leggibile*) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Acconsento al trattamento dei propri dati, autorizzando la Struttura a comunicarli, qualora fossero richiesti dall'Autorità preposta, sollevando la Struttura da qualsiasi responsabilità.

data _____ FIRMA (*per esteso e leggibile*) _____

ATTENZIONE L'autodichiarazione vale per l'intera giornata in cui viene compilata