

## AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

(da sottoscrivere ad ogni ingresso, **dopo 3 giorni di assenza non documentata** con certificazione medica)

**Il/la sottoscritto/a**

**nato a**

**il**

**Documento**

**n°**

**Ruolo**

- DIPENDENTE**
- COLLABORATORE**
- STUDENTE**
- GENITORE DELLO STUDENTE (inserire nominativo studente)**
  
- UTENTE SERVIZI AL LAVORO**
- UTENTE SERVIZI FORMATIVI**

**Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false** (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

**nell'accesso presso la sede di ASP G.Mazzini**

**sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale, dichiara quanto segue:**

- di NON presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° in data odierna e nei tre giorni precedenti;**
- di NON essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;**
- di NON essere stato a contatto stretto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.**

La presente autocertificazione viene rilasciata quale **misura di prevenzione correlata con l'emergenza epidemica Covid-19.**

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che i dati forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa sede, pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro uso per le finalità definite nelle norme in materia di prevenzione e contenimento dell'emergenza Covid-19.

Luogo e data

Firma leggibile