



AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R.N. 445/2000

Il sottoscritto/a.....,
nata/o il / / a (____),
Residente in.....(____)
Via
Tel
Cell
Email

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) Di essere a conoscenza delle misure precauzionali inerenti il COVID 19.
- 2) Di non presentare sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37.5° ...) e che in caso di insorgere degli stessi durante la visita sarà sua cura provvedere a rientrare tempestivamente presso il proprio domicilio.
- 3) Di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 2 del D.L. 33 del 16 maggio 2020 e del DPCM 17 maggio 2020.

In fede,

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....

.....

Il presente modulo sarà conservato da MIRANDO LAS HUELLAS QUE VAMOS DEJANDO(M.H.V.D.) nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.