

AUTOCERTIFICAZIONE

(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto,

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Ruolo Medico chirurgo Odontoiatra Altro _____

al fine di accedere all'interno della Sala Conferenze dell'Hotel Grazia Deledda in occasione dello svolgimento dell'evento formativo residenziale dal titolo "Il percorso che conduce dalla donazione al trapianto d'organo", sotto la propria responsabilità DICHIARA:

- Di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C 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 in situazioni a rischio di contagio con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- Di essere consapevole ed accettare il fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere negli ambienti oggetto del seggio elettorale e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano condizioni di pericolo quali sintomi di influenzali o stati di malessere generale.

Luogo e data _____, li _____

Firma
