

# 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 del Cine Teatro Astra in occasione dello svolgimento dell'evento formativo residenziale dal titolo "La Pandemia COVID: aspetti medico-legali e giuridici", 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

\_\_\_\_\_