

AUTOCERTIFICAZIONE

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

Il sottoscritto,

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Documento di riconoscimento _____

Ruolo Medico chirurgo Odontoiatra Altro _____

al fine di accedere all'interno della Sala Conferenze dell'Hotel Carlo Felice, a Sassari, in occasione dello svolgimento dell'evento formativo residenziale che si svolgerà il 05.02.2022 dal titolo **“L'Osteoporosi all'osservazione del medico chirurgo e del medico odontoiatra”**, 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
