**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 Grazia Deledda, a Sassari, in occasione dello svolgimento dell’evento formativo residenziale che si svolgerà il 09.04.2022 dal titolo “**Casi clinici in chirurgia**”, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_