|  |  |
| --- | --- |
|  | **COMUNE DI BAGNOLI DI SOPRA****PROVINCIA DI PADOVA**Piazza G. Marconi, 57 - 35023 Bagnoli di Sopra (PD) / C.F. e P. I.V.A. 00698340288Ufficio Segreteria Tel. 049/9579111-12 - e-mail comune@comune.bagnoli.pd.itpec : comune@pec.comune.bagnoli.pd.it |

**AUTODICHIARAZIONE**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

**PER ACCESSO AGLI UFFICI COMUNALI**

Il sottoscritto ,

nato il \_\_\_.\_\_\_. a (\_\_\_),

residente in (\_\_\_), via

e domiciliato in (\_\_\_), via

utenza telefonica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.),

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che negli ultimi 14 gg:

* Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID ;
* Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, .. );
* Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;

che non presenta uno dei seguenti sintomi:

* febbre e/o dolori muscolari diffusi;
* sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
* sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
* disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Data e ora

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

**Firma del dichiarante**

□ Di aver richiesto appuntamento per la giornata odierna.