

## AUTODICHIARAZIONE

ai sensi dell'art. 485 del Codice Penale e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente/domiciliato/a in

\_\_\_\_\_ (indicare solo la città)

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo/a al COVID 19;
- di non presentare sintomi quali febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;
- di non essere stato/a negli ultimi 14 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19);
- di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.

Inoltre il/la sottoscritto/a segnala:

- Di aver prestato servizio di volontariato presso "Onlus", Protezione Civile, Vigili del fuoco, ambulanza o organizzazioni analoghe il giorno \_\_\_\_\_ (indicare ultima prestazione);
- Di NON aver prestato servizio di volontariato presso "Onlus", Protezione Civile, ambulanza o organizzazioni analoghe nei 14 giorni antecedenti la data di sottoscrizione della presente.

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

si impegna ad informare tempestivamente il destinatario della presente qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e/o accertata affezione da COVID-19 e/o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative".

Data e luogo

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_