**AUTODICHIARAZIONE ACCOMPAGNATORI ESTERNI ESAMI AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data ingresso |  | Ora ingresso |  |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_ Numero di telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

* di non avere, all'ingresso, i seguenti **sintomi più comuni nella popolazione generale**: *febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea* (ECDC, 31 luglio 2020);
* di non essere positivo al Covid-19, per quanto di sua conoscenza;
* di non avere avuto contatti stretti ad alto rischio di esposizione, negli ultimi 14 giorni, con soggetti sospetti o risultati positivi al COVID-19, per quanto di sua conoscenza;
* di non provenire, negli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell’OMS;
* di non essere sottoposto alla misura della quarantena o dell’isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria ai sensi della normativa in vigore;
* di aver preso visione dei protocolli, regolamenti e disposizioni dell'Istituto pubblicati a <http://www.scamozzi.edu.it/protocollo-anti-covid19>

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all’interno di questa struttura.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_