

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Autocertificazione per i pazienti positivi a lungo termine

(art.2legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a _____

codice fiscale: _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi dell' art 495 C.P,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

- che sono passati almeno 21 giorni dalla comparsa dei primi sintomi (o dal primo tampone positivo nel caso di soggetti asintomatici)
 - che non presenta sintomi da almeno 7 giorni dalla data odierna (esclusi ageusia/disgeusia e aneusia)
 - che non presenta patologie che coinvolgono il sistema immunitario;
 - che non fa uso e/o è sottoposto a farmaci/terapie immunodepressivi;
 - che non entra in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze
- stato di salute _____

- Altre dichiarazioni _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

_____, li _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)*

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta

Allegare alla presente la fotocopia del documento di identità.