

# AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA

IL/LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

## DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE DELLE  
CONSEGUENZE PENALI PREVISTE IN CASI DI DICHIARAZIONI MENDACI  
(D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445):

1.  DI NON ESSERE STATO ALL'ESTERO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI;
2.  DI ESSERE STATO \_\_\_\_\_ DI AVERE  
ESEGUITO TAMPONE IL \_\_\_\_\_ CON **ESITO NEGATIVO**  
DI CUI SI ALLEGA COPIA DEL REFERTO RILASCIATO DA AUTORITA'  
SANITARIA.
3.  DI NON AVER MANIFESTATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI SINTOMI  
COMPATIBILI DA INFEZIONE COVID-19 (ad esempio febbre superiore ai  
37,5 C, tosse, difficoltà respiratorie, riduzione dell'olfatto);

ACCETTO e AUTORIZZO che i dati personali siano archiviati e trattati  
utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei  
limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679

DATA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_