



Ordine dei
Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione di
Genova, Imperia e Savona

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80043590100

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____

A) **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 15 GIORNI:**

1. **NON** ha avuto sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associati o meno A DIFFICOLTA' RESPIRATORIA;
2. **NON** ha soggiornato anche solo temporaneamente in aree con presunta trasmissione comunitaria (diffusa o locale);
3. **NON** è venuto a contatto con persone sospette per COVID 19 o positive al SARS-COV-2 o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID 19;
4. **NON** è attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID 19;
5. **NON** è risultato **POSITIVO** al TAMPONE per la ricerca del virus SARS-COV-2;
6. **NON** ha contratto il COVID 19;
7. **NON** ha effettuato viaggi internazionali.

OPPURE

B) **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, DI:**

Aver contratto il COVID 19 e di avere effettuato dopo la guarigione clinica **DUE TAMPONI** a distanza di 24 ore risultati **NEGATIVI** rispettivamente in data _____ e in data _____ rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data _____;

In fede,

Data

Firma del dichiarante
