



**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R.N. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, documento: \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, familiare o congiunto del \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste per

dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'** (barrare i punti che interessano)

di non presentare sintomatologia riferibile a possibile infezione da SARS-CoV-2

***la presenza di almeno una di queste condizioni:***

di aver effettuato il vaccino monodose da almeno 15 giorni; la condizione sarà valida per 270 giorni;

di aver effettuato la dose di vaccino tra 90 e 180 giorni dall'infezione SARS-CoV-2, purché non siano trascorsi più di 270 giorni dall'immunizzazione;

di aver completato il ciclo vaccinale da meno di 270 giorni;

di essere risultato/a negativo/a ad un tampone molecolare o rapido eseguito nelle 48 ore precedenti;

di essere guarito/a da COVID-19 nei 6 mesi precedenti;

di essere in possesso del Green Pass.

Luogo e data

Firma