

**INCORPORAZIONE VFP1 IN AM**  
**ACCESSO ALLA SVAM-TARANTO**  
**AUTODICHIARAZIONE RIPORTANTE L'ASSENZA DI CONDIZIONI FISICHE E DI SALUTE OSTATIVE**  
**(ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_,

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti da dichiarazioni (art.75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA DI**

- non essere affetto/a, attualmente, da patologia riconducibile a COVID-19;
- non essere sottoposto/a alla misura della quarantena ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora ovvero non essere a conoscenza, ad oggi, del proprio stato di positività al COVID-19.
- di essere stato sottoposto a ciclo completo di vaccinazione anti-Covid19 oppure a tampone antigenico nelle ultime 72 ore di cui allego opportuna certificazione valida

Presta esplicito consenso, ai sensi dei Decreti Legislativi 30 giugno 2003 n. 196 e 10 agosto 2018 n. 101 e del Regolamento (UE) 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione.

\_\_\_\_\_  
(Località e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)

**A CURA DEL PERSONALE SANITARIO DELLA SVAM**

- Temperatura attuale: \_\_\_\_\_°C in seconda rilevazione.
- Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Taranto, li \_\_\_\_\_ - Ora \_\_\_\_:\_\_\_\_\_.

L'UFFICIALE MEDICO  
\_\_\_\_\_