

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**(Emergenza COVID-19)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (come previsto dagli art. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000

Di non essere sottoposto a provvedimento di quarantena in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

Di non presentare da almeno 15 giorni alcun sintomo, quali febbre, tosse, anosmia (incapacità ad apprezzare gli odori), disguesia (indebolimento o assenza del senso del gusto), dolori muscolari e/o articolari, mal di gola, diarrea, che possa far ipotizzare infezione da COVID-19 e, per questo, di ritenersi idoneo ad accedere nei locali dello Studio Legale.

Di aver rispettato, in particolare negli ultimi 15 giorni, le norme di distanziamento sociale imposte durante il periodo di pandemia e di non essere stato/a a contatto con persone positive al COVID-19 o che abbiano manifestato di presentare la descritta sintomatologia;

Di impegnarsi, in caso di insorgenza di sintomatologia sospetta, quale febbre, tosse, anosmia (incapacità ad apprezzare gli odori), disguesia (indebolimento o assenza del senso del gusto), dolori muscolari e/o articolari, mal di gola, diarrea o altre sintomatologie descritte nel sito del Ministero Salute ([www.salute.gov.it/Coronavirus/Informazioni](http://www.salute.gov.it/Coronavirus/Informazioni)) a comunicarlo tempestivamente al proprio medico curante e in caso di accertata positività a darne informazione a questo Studio Legale.

Dichiara altresì di essere stato informato che, ai sensi del vigente GDPR (Regolamento UE 2016/679), i dati personali saranno utilizzati ai soli fini della presente autocertificazione, prestando quindi il consenso al loro trattamento.

Caselle T.se (TO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

*Il Dichiarante*