

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(EX ART 47 DEL D.P.R. n° 445/2000)**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in data: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

nella piena consapevolezza delle implicazioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID-19 ad oggi in vigore, nonché delle relative sanzioni, ivi comprese quelle per dichiarazioni mendaci;
2. di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi: a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi; b) tosse di recente comparsa; c) difficoltà respiratoria; d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia); e) mal di gola;
3. di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19;
4. di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni contenute nelle *"Linee guida per la regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro"* dell'ATER Venezia, pubblicate sul sito aziendale istituzionale [www.aterveneziam.it](http://www.aterveneziam.it) nella Sezione Amministrazione Trasparente/Atti Generali/Atti amministrativi generali;
5. che la copia allegata del referto relativo al test antigenico rapido o molecolare, effettuato mediante tampone oro/rino-faringeo presso una struttura pubblica o privata accreditata/autorizzata in data non antecedente alle 48 ore dalla data di svolgimento della prova è conforme all'originale.

Si allegano:

- copia del referto tampone (di cui al p. 5);
- copia fronte e retro di un documento di riconoscimento valido.

In fede.

Venezia, li \_\_\_\_\_

(firma)