

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO EX ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Via/piazza (residenza) \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tutti i campi sono obbligatori

### Dati della fornitura dov'è richiesto l'intervento

PDR ( Gas ): \_\_\_\_\_

Indirizzo fornitura: Via/piazza \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R.n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

#### Dichiara

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Covid 19;
- Di non essere sottoposto alla misura dell'isolamento fiduciario (permanenza domiciliare);
- Di non essere sottoposto a misure di sicurezza personale o a misure di prevenzione, in conformità alle vigenti disposizioni in materia di prevenzione e contenimento dell'emergenza sanitaria da Covid 19;
- Di non essere affetto da sintomi influenzali e/o temperatura corporea superiore a 37,5° nonché di non essere entrato in contatto, negli ultimi 14 giorni, per quanto di propria conoscenza, con soggetti risultati positivi al Covid 19;
- Che presso l'immobile/abitazione presso cui ha richiesto il servizio che comporta l'intervento degli operatori della competente Società di Distribuzione, non soggiornano e/o sono residenti persone risultate positive al Covid-19 e/o che presentino sintomi influenzali e/o temperatura corporea superiore a 37,5° e/o che siano entrate in contatto, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al Covid 19;
- Di aver ricevuto, esaminato e compreso, l'Informativa ai sensi degli artt. 7 e 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, nonché di aver compreso che il conferimento dei dati contenuti nella presente dichiarazione è necessario per la tutela della propria salute e di quella degli operatori della Società di Distribuzione incaricati degli interventi necessari per la prestazione del servizio richiesto dal sottoscritto Cliente al Venditore.

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_