

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

**U.O.S. Formazione**

piazza Igea, 1

97100 RAGUSA

Telefono 0932 234243

**EMAIL**

formazioneecm@asp.rg.it

**WEB**

[www.asp.rg.it](http://www.asp.rg.it/)

www.aspformazione.rg.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_**

**in qualità di partecipante al Corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**che si svolge in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

* **di non essere attualmente affetto da COVID-19 e di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 giorni**
* **di non essere attualmente affetto da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5 ° C**
* **di non aver avuto contatti con persone affette da COVID-19 negli ultimi 14 giorni**
* **di adempiere ai seguenti obblighi per tutta la durata del Corso:**
* **utilizzo di mascherina sia in sala che negli spazi comuni**
* **rispetto del distanziamento fisico**
* **osservanza delle norme di igiene e di sanificazione delle mani.**

**In fede**

**DATA FIRMA**

In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali, autorizzo l’Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa all’utilizzo dei miei dati per tutte le operazioni e le comunicazioni relative ai corsi di formazione e di aggiornamento organizzati dall’Ente

Si ⁪ No ⁪ **Firma**