

Dipartimento di Prevenzione  
U.O.C. (SPEMP) Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva  
Via Ammiraglio Stalti, 95 - Trapani  
Tel. 0923543011 - Fax 092326363  
Mail: [uocspemp@asptrapani.it](mailto:uocspemp@asptrapani.it),

## Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ARTT. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

### DICHIARA

che lo stesso è sempre stato asintomatico al COVID - 19 o di non presentare sintomi riconducibili a COVID - 19 da almeno 2 giorni e che sono trascorsi 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi o dal primo tampone positivo (per i soggetti asintomatici) *così come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n.0051961 del 31/12/2022.*

OVVERO

DICHIARA

• nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

che lo stesso è sempre stato asintomatico al COVID - 19 o di non presentare sintomi riconducibili a COVID - 19 da almeno 2 giorni e che sono trascorsi 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi o dal primo tampone positivo (per i soggetti asintomatici) *così come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n.0051961 del 31/12/2022.*

Il sottoscritto, infine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità

Luogo e data

Il dichiarante

