

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

---

Il sottoscritto *Avv./dott./Sig.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
telefono fisso \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_,  
mail \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA,

per quanto di propria conoscenza:

- di essere  di non essere stato affetto da COVID-19
- di essere  di non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie;
- di essere  di non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- di essere  di non avere sintomi riferibili a COVID-19;
- di avere  di non avere familiari conviventi sottoposti a regime di quarantena o esposti a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni o con sintomi riferibili a COVID-19;

consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere alla Segreteria dell'Ordine né se non in possesso di un certificato medico di guarigione.

**Mi impegno a rispettare la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro e l'uso obbligatorio della mascherina** nei locali della Segreteria dell'Ordine e di tutte le altre prescrizioni che dovessero essere previste dalla normativa vigente alla data della presente dichiarazione.

Mi impegno ad informare il medico di famiglia, in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misurazione della temperatura corporea ad ogni ingresso presso i locali della Segreteria dell'Ordine degli Avvocati di Nola e/o del Tribunale di Nola, ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, in conformità ai protocolli di sicurezza e della normativa anti-contagio vigente.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (regolamento UE 2016/679).

Nola, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_