

**AUTOCERTIFICAZIONI DI CONVIVENTE DI CASO POSITIVO O CONTATTO STRETTO**

**(ad uso dell'Unità Distrettuale COVID)**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Dichiara, consapevole della propria responsabilità civile e penale quanto segue:

- È familiare convivente del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
soggetto risultato positivo al COVID 19 e per tanto in isolamento domiciliare fiduciario presso la propria residenza  
sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Ha la possibilità, all'interno dell'immobile citato al punto precedente, di essere completamente isolato/a e di  
disporre di servizi igienici adeguati alle proprie esigenze;
- Ha la possibilità di completare il periodo di isolamento in altro immobile
- Non ha nessuna delle possibilità sopra descritte

Dichiara inoltre

- Di essere stato informato sui comportamenti e misure precauzionali da osservare ;
- Autorizza la ASL di Viterbo a trasmettere la presente dichiarazione alle Autorità Civili ed alle Forze  
dell'Ordine per i necessari controlli;

La presente dichiarazione viene resa nella conoscenza delle norme che regolano la emergenza COVID 19 e nella piena  
consapevolezza che comportamenti difforni alle vigenti disposizioni ed a quanto dichiarato saranno puniti secondo  
l'art. 650 del C.P. , salvo che i fatti addebitati comportino più gravi reati.

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

In fede \_\_\_\_\_