

AUTODICHIARAZIONE COVID-19

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A IL _____ A _____

TIPO DOCUMENTO _____ N. _____

RILASCIATO IL _____ DA _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il/la sottoscritto/a inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino entro 8 giorni dalla data odierna o successivamente.

Ai fini delle tracciabilità, il/la sottoscritto/a riporta di seguito l'indirizzo di domicilio/recapito telefonico/e-mail

INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

E-MAIL _____

Luogo e data _____ , _____

In fede

Firma del dichiarante