

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____
DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL _____
CON 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.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail

CITTA' _____,
PROVINCIA _____
INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____
CAP _____
RECAPITO TELEFONICO _____
e-mail _____

Luogo e data: _____, _____

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante
