AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) ,

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

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;
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: ,

Firma