



AUTODICHIARAZIONE COVID-19

(compilare in stampatello)

Il / La sottoscritto / a _____

Nato / a il ___ / ___ / ___ a _____ (_____)

Residente in _____ (_____)

via / piazza _____ nr. _____

Identificato / a con documento _____

nr. _____, rilasciato da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

- Di non essere positivo COVID-19 accertato.
- Di non essere sottoposto a periodo di isolamento obbligatorio.
- Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C.
- Di non accusare al momento sintomi riconducibili a COVID-19, a titolo di esempio (non esaustivo) tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea.
- Di non aver avuto, per quanto di mia conoscenza, contatti stretti con una persona risultata positiva a COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

___ / ___ / ___

Data

Firma del dichiarante

In caso di minore, firma di un genitore o dell'esercente la potestà genitoriale