

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

RECAPITO TELEFONICO _____ E-MAIL _____,

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

- 1) di non essere attualmente affetto da COVID-19 o di non essere attualmente 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.

Luogo e data: _____, _____

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante
