

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

LA/ IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_  
DI NAZIONALITA' \_\_\_\_\_, NATA/O 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

\_\_\_\_\_