

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

(scrivere in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME)

DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL

Documento N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____,

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

Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;

Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;

Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna di informare immediatamente l'Associazione sull'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati a familiari o conoscenti con i quali possa aver avuto contatti nei precedenti 14 giorni.

Luogo e data: _____, _____ In Fede

Firma leggibile del Dichiarante
