

AUTODICHIARAZIONE EMERGENZA COVID - 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

NATO A _____ IL _____

AZIENDA O STRUTTURA DI APPARTENENZA _____

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

- 1) Di non essere 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, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio/recapito telefonico e-mail

CITTA' _____, PROVINCIA _____

INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____

RECAPITO TELEFONICO _____ e-mail _____ @ _____

_____ Lì _____

In Fede Firma leggibile del Dichiarante _____