

AUTODICHIARAZIONE COVID19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

NAZIONALITÀ _____

NATO A _____ IL _____

DOCUMENTO N. _____ RILASCIATO IL _____ DA _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

E AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, QUANTO SEGUE:

- 1) Di non essere stato affetto da COVID-19;
- 2) Di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 gg;
- 3) Di non presentare sintomatologia respiratoria e/o febbrile con temperatura superiore a 37,5° C in data odierna e nei 3 giorni precedenti;
- 4) Di non accusare al momento tosse, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 5) Di non aver avuto contatti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall'arrivo in Italia, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ INDIRIZZO

_____ N. CIVICO _____ CAP _____ RECAPITO

TELEFONICO _____ e-mail _____

luogo e data: _____

In Fede Firma leggibile del Dichiarante
