ALLEGATO 1

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME)…………………………………………………………………………………………………

DI NAZIONALITA’ , NATO A ……………………………………………………………………. IL ……………………………………….

RESIDENTE ………………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

1) Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere 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 persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l’insorgenza dei

sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi.

In fede

Firma leggibile del Dichiarante