AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
DI NAZIONALITA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOCUMENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
RILASCIATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000 E DELLA NORMATIVAVIGENTE QUANTO SEGUE:

1) Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID - 19;

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

3) Di non accusare al momento tosse di recente comparsa, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza),

4) Di non aver subito la perdita improvvisa dell’olfatto (anosmia) o diminuzione dell’olfatto (iposmia)
perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (digeusia) ;

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In Fede,

 Firma leggibile del Dichiarante
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPERATURA RILEVATA ALL’INGRESSO A MEZZO TERMOSCANNER ……………