

AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Il/La sottoscritto/a nato
a.....il

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, 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.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dall'evento all'organizzatore e all'autorità sanitaria locale

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

CITTA'PROVINCIA.....

INDIRIZZO.....N.CIVICO.....CAP RECAPITO

TELEFONICO E-MAIL

LocalitàData.....Firma.....