

## AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

LA/IL SOTTOSCRITTA/O (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_

DI NAZIONALITA' \_\_\_\_\_, NATA/O A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ CON PASSAPORTO/DOCUMENTO n° \_\_\_\_\_

RILASCIATO IL \_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_ 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.

La/Il sottoscritto/o inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dalla fine del viaggio, all'organizzatore e all'Autorità sanitaria locale.

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

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

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

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