



## AUTOCERTIFICAZIONE COVID – 19

Il Sottoscritto (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Tipo documento e N. \_\_\_\_\_ rilasciato Il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato 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 con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei prossimi 8 giorni all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza/ Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

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

Città \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N. Civico \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Firma Dichiarante \_\_\_\_\_