

AUTODICHIARAZIONE COVID-19

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

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

- 1) di non essere affetto da Covid-19 o di non essere stato sottoposto al periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg, di cui all'art.1, comma 1, lettera c) del D.P.C.M dell'8 marzo 2020;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C e di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea o altri sintomi compatibili con Covid-19;
- 3) Di non aver avuto contatti con una persona affetta da Covid-19 negli ultimi 14 giorni;

Luogo e data _____

Firma leggibile del dichiarante
