

# AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

(da consegnare già compilata - scrivere in stampatello)

Il sottoscritto (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con documento C.I. o \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', 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 di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dallo svolgimento di quest'assemblea all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza/ Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Fossano, data 

In Fede  
(Firma leggibile del Dichiarante)

---