

Il presente modulo deve essere consegnato all'accettazione

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, e residente in _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,
e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di
COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

di non aver i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 negli ultimi 14 giorni:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

di non aver avuto esposizione al contagio:

- contatti con casi accertati di Covid 19
- contatti con casi sospetti
- contatti con familiari di casi sospetti
- conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)
- contatti con febbre o sintomi influenzali

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/la sottoscritta attesto come sopra identificato sotto mia responsabilità che quanto sopra
dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa
dichiarazione. (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Luogo e data _____ Firma dichiarante _____

- Dichiaro di aver almeno 18 anni e confermo di aver compilato, compreso e accettato integralmente
l'informativa al consenso di utilizzo dei miei dati personali sensibili, autorizzandone al trattamento
secondo quanto previsto nel consenso informativo.

www.respiroaunannodalCovid.it