



## AUTODICHIARAZIONE COVID19

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente

in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### **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/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione indicate a livello nazionale e regionale, nonché quelle prescritte dall'organizzazione.

Si prega di prendere visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679 allegata al presente modulo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_