



AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

nato a _____ il _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____

RECAPITO TELEFONICO

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni
- 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 attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione

AUTORIZZA

ASD ALE' al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normative vigente.

Luogo e data: _____, _____

In Fede
Firma leggibile del Dichiarante
(e di un genitore/tutore se minorenne)

