



### Modulo di Autodichiarazione COVID-19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- di non avere temperatura corporea (febbre) pari a 37,5°C o superiore;
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia (perdita dell'olfatto), ageusia (perdita del gusto) nelle ultime settimane.
- di non avere avuto negli ultimi 14 giorni stretti contatti (o di non essere al corrente di averli avuti) con persone risultate positive al COVID-19.

#### SI IMPEGNA

- A dare immediata comunicazione a mezzo e-mail, o comunque comunicazione scritta, qualora successivamente al rilascio della presente dichiarazione si verificasse anche solo una delle condizioni sopra indicate, infezione o contagio.

Luogo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_