

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R.N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a

Nome: _____

Cognome: _____

Nato a: _____ Il: _____

C.F. _____

Recapito telefonico: _____

Recapito e-mail: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ di non essere attualmente positivo al Covid-19;
- ✓ di non essere sottoposto alla misura di quarantena;
- ✓ di non essere entrato a contatto con soggetti positivi al COVID-19 negli ultimi 14 giorni e/o di non provenire da aree di rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- ✓ di non presentare sintomi influenzali o da Covid-19;
- ✓ di non aver ricevuto comunicazione da parte delle Autorità Sanitarie in merito ad un suo contatto diretto con una persona contagiata dal COVID-19;
- ✓ di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°C) o altri sintomi influenzali e di dover chiamare, per queste evenienze, il proprio medico;
- ✓ di impegnarsi a mantenere la distanza di sicurezza, a osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene.

Il/La sottoscritto/a si impegna a dare immediata comunicazione al Comitato Regionale in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra, informando anche il proprio medico curante.

Roma, _____ Firma leggibile del dichiarante _____