

## AUTODICHIARAZIONE COVID:19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ DOCUMENTO. N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_  
DA(ente) \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
EMAIL \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE

- Di non essere stato affetto da Covid 19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14gg
- Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con febbre superiore a 37.5 C
- Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea
- Di non aver avuto contatti stretti con persone affette da COVID19 nell' 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi
- Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID19 negli ultimi 14 gg

***La responsabilità dei figli minori, per tutta la permanenza nell'area dell'evento, è esclusivamente propria!  
come per eventuali danni causati a terzi, oggetti o animali presenti nell'evento***

Luogo e data

\_\_\_\_\_

In fede Firma leggibile

\_\_\_\_\_

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE