

AUTODICHIARAZIONE STATO DI BUONA SALUTE ED ASSENZA SINTOMI DA COVID – 19

Il sottoscritto _____
nato il ___/___/___ a _____ (___),
residente in _____ (___), Via _____
e domiciliato in _____ (___), Via _____
Documento d'identità nr. _____ rilasciato da _____
in data ___/___/___, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni
mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di **non essere sottoposto alla misura della quarantena**, ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- di **non essere stato** nei 14 giorni precedenti **a contatto con un caso di COVID-19**;
- di **aver proceduto all'auto misurazione della temperatura corporea**, e di **non aver rilevato** una temperatura superiore ai **37,5°**. Dichiaro, altresì, di trovarsi in stato di buona salute e di non soffrire di sintomi influenzali (febbre, raffreddore, tosse).

*** DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE ADDETTO AL CONTROLLO:**

* Rilevamento temperatura, al momento dell'ingresso°

* In possesso dei dispositivi di protezione individuale

SI

NO

FIRMA ADDETTO AL CONTROLLO

FIRMA DEL DICHIARANTE

(per esteso e leggibile)
