

AUTODICHIARAZIONE COVID- 19

NOME.....COGNOME

DICHIARO CHE

- Negli ultimi 14 giorni non ho avuto sintomi riferibili a Covid-19 (quali mal di gola, tosse, fatica o sofferenza respiratoria, malessere generale, perdita del senso del gusto e dell'olfatto, diarrea e/o vomito)
- Negli ultimi 14 giorni non ho avuto contatti ravvicinati con persone risultate positive al COVID -19
- Dichiaro inoltre di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19
- Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna
- Qualora avessi sintomi nei prossimi 14 giorni sara' mio dovere avvisare i referenti

La informiamo che laddove si presentassero gli stessi sintomi anche successivamente all'ingresso, è fatto obbligo di dichiararlo tempestivamente al nostro personale o responsabile del Servizio e che in tali casi è vietato permanere nel luogo.

DATA

FIRMA

N° Cell.....

