

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale in caso di minore):

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL.. _____

DICHIARA

	SI	NO
Ha avuto diagnosi accertata da Covid-19? Negli ultimi 14 giorni:		
È stato in contatto stretto con persone avute da Covid-19?		
È stato in contatto stretto con casi sospetti o persone a rischio?		
È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riconducibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore a 37°,5 C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		
Manifesta attualmente sintomi riconducibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore a 37°,5 C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero ed è consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

Andareavela snc al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente.

Luogo e data

Firma