



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)

