

AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____)

in via _____ n. _____

in qualità di genitore di _____

DICHIARA

Che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni:

	SI	NO
È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		
Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore i 37,5 °C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto e olfatto)?		

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

AUTORIZZA

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

Corcagnano, ____/____/____

Firma _____