

AUTODICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

La invitiamo a sottoscrivere la seguente dichiarazione:

nome..... cognome.....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

dichiaro, sotto la mia propria responsabilità che:

- non sono affetto da coronavirus Covid-19, per quanto di mia conoscenza;
- non sono sottoposto a misure di quarantena;
- non sono stato in contatto stretto con una persona affetta da coronavirus Covid-19 negli ultimi 14 giorni;
- non ho ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un mio contatto stretto con una persona contagiata da coronavirus Covid -19;

(per contatto stretto si intende:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID 19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID 19 (es. stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID19 ;
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID 19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore di 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa, veicolo) con un caso di COVID 19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID 19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto).

- ho avuto (se si quali) uno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:
 - febbre e dichiaro di non aver più sintomi dal giorno.....
 - tosse e dichiaro di non aver più sintomi dal giorno.....
 - raffreddore e dichiaro di non aver più sintomi dal giorno.....
 - mal di gola e dichiaro di non aver più sintomi dal giorno.....
- non ho avuto nessun sintomo di quelli sopra richiamati e ho goduto di più di piena salute.

Data e firma _____