****

asd affiliata a:



**AUTOCERTIFICAZIONE INTEGRATIVA COVID-19**

Il/la sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_

**DICHIARA**

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

Dichiara inoltre che negli ultimi 14 giorni (barrare la sola voce che interessa):

● è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? **SI NO**

● è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? **SI NO**

● è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? **SI NO**

● ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?

**SI NO**

● manifesta attualmente sintomi riferibili all’infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).

**SI NO**

Il/la sottoscritto/a dichiara di impegnarsi a comunicare prima di ogni escursione eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compresa l’insorgenza di sintomi riferibili all’infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, 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.

.

**Catanzaro, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**