



# MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

E residente in \_\_\_\_\_

In caso di minore: genitore di \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

E residente in \_\_\_\_\_

## DICHIARO QUANTO SEGUE

### SINTOMI RISCONTRATI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

Febbre >37,5	SI	NO
Tosse	SI	NO
Stanchezza	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO
Congestione nasale	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito	SI	NO
Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO

### ESPOSIZIONI AL CONTAGIO

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI	NO
CONTATTI con casi sospetti	SI	NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI	NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI	NO

### ULTERIORI DICHIARAZIONI

---

Il/la sottoscritto/ come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde a vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_