

## 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 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 comunicazioni 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 COVID 19;
  - 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 avere più sintomi dal giorno .....
  - Tosse e dichiaro di non avere più sintomi dal giorno .....
  - Raffreddore e dichiaro di non avere più sintomi dal giorno .....
  - Mail di gola e dichiaro di non avere più sintomi dal giorno .....
- Non ho avuto nessun sintomo di quelli sopra richiamati e ho goduto di piena salute.

Data e firma \_\_\_\_\_