

AUTODICHIARAZIONE STATO DI BUONA SALUTE

(scrivere in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____,

DI NAZIONALITA' _____,

NATO A _____, IL _____,

Documento/Passaporto n. _____, RILASCIATO IL _____,

DA _____

RESIDENTE IN _____ (___), via/piazza _____,

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non essere stato a contatto con persone positive al COVID-19, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni all'Autorità sanitaria locale.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto riporto qui di seguito riporto l'indirizzo di **domicilio** (se diverso da quello di residenza) / **recapito telefonico / e-mail**

CITTA' _____, PROVINCIA _____

INDIRIZZO _____, N. ____, CAP _____

RECAPITO TELEFONICO _____

e-mail _____

Catania, _____.

In Fede

(Firma dell'interessato e/o dell'esercente la
responsabilità genitoriale)