

**Modulo di Autodichiarazione Stato di salute**

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Ai sensi degli artt. 38,46 e 47 del D.P.R: 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR citato, che quanto di seguito riportato corrisponde al vero,**

Che negli ultimi 10 giorni:

- Ha avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19 ; SI                      NO
  
- Ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro, eccetera); SI                      NO
  
- Ha avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19, tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane; SI                      NO
  
- E' stato sottoposto a misure cautelative di isolamento (quarantena); SI                      NO
  
- Ha soggiornato o transitato al di fuori dei confini nazionali. Se si, dove \_\_\_\_\_;
- Altre dichiarazioni: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_