

Modulo di Autodichiarazione

COVID-19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

(in caso di minorenni) Genitore di \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti  
(articolo 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime due settimane.
- Di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (famigliari, luogo di lavoro, etc.)
- Di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento.

Dichiara altresì di obbligarsi ad informare immediatamente la ASD/SSD qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopraindicate.

In fede

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

Firma \_\_\_\_\_