Autocertificazione

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_

**CONSAPEVOLE DELL’OBBLIGO DI RENDERE DICHIARAZIONI VERITIERE**

**DICHIARA**

***non aver ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un contatto stretto con una persona contagiata da nuovo Coronavirus COVID-19***

***Non avere attualmente, e di non aver avuto negli ultimi 15 giorni uno dei seguenti sintomi:***

* Febbre
* *Tosse**secca*
* Fatica nelle respirazione
* Perdita del gusto e dell' olfatto,

Inoltre sei pregato/a di segnalarci anticipatamente:

* se nei 14 giorni precedenti sei stata/o a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19,
* hai vissuto nella stessa casa di un sospetto o confermato caso di COVID-19,
* hai frequentato o hai lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezioni da COVID-19
* sei un operatore sanitario o persona impiegata nell’assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o sei un operatore di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2.

Prima dell’incontro è necessario rilevare la temperatura corporea e comunicarcela telefonicamente o via e-mail.

***Certifico e sottoscrivo e quanto sopra: firma***

***data ………………………………… ……………………………***