

# **AUTODICHIARAZIONE COVID-19**

(da consegnare al vettore – scrivente in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

- 1) Di non essere affetto da COVID-19 o di essere stato 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 di tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle ultime 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto dichiara che la suddetta condizione riguarda tutta la famiglia convivente.

**IN FEDE**

firma leggibile del dichiarante