

## Modulo di Autodichiarazione COVID-19

Il/La sottoscritto/a

CF \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tipo Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
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 settimane.
- Di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).
- Di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento. Dichiaro 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 sopra indicate.

In fede Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

In caso di minore o soggetto incapace

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Nota bene: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale.