

## AUTODICHIARAZIONE

il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato il / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), via \_\_\_\_\_  
Utenza telefonica \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze penali previste in  
caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art 495 c.p.**)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che negli ultimi 14 gg.

- ❖ Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID;
- ❖ Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro ,... );
- ❖ Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- ❖ Non è rientrato in Italia da un paese extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna, ne ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extra UE, extra Schengen, Croazia, Grecia Malta e Spagna.

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- ❖ febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- ❖ sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mai di gola, difficoltà respiratorie;
- ❖ sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- ❖ disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

In caso variassero le condizioni di cui alla presente certificazione, mi impegno a darne tempestiva comunicazione a' personale del' Unita Operativa.

Data e ora

Firma del dichiarante