

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

ARTT.46 E 47 DPR 445/2000

(da consegnare all'incaricato all'ingresso)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____

INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____

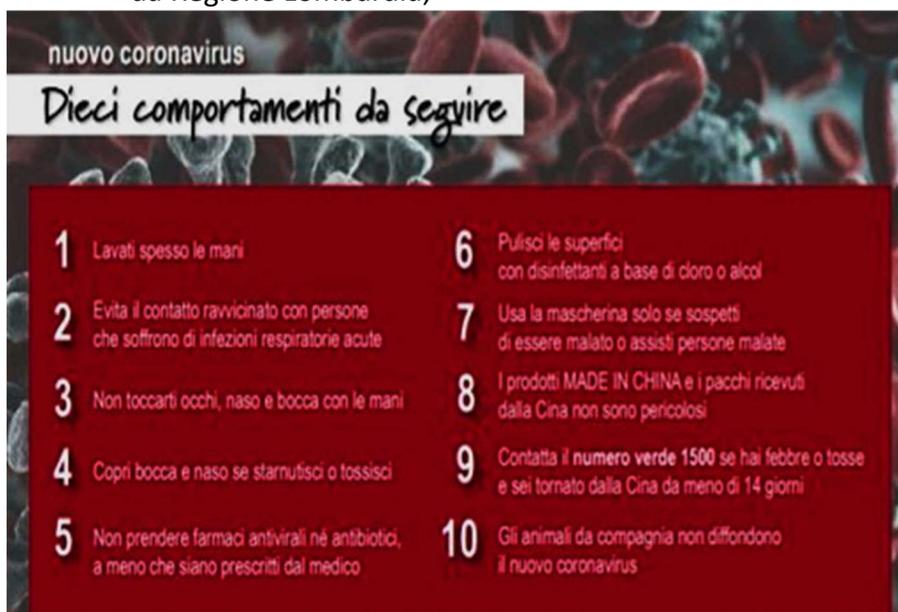
RECAPITO TELEFONICO _____ e-mail _____

CARTA DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____ DA _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente quanto segue:

- 1) di essere a conoscenza e rispettare le misure di contenimento del contagio emesse dal Governo e da Regione Lombardia;



- 2) Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 3) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 4) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 5) Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 6) Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- 7) Di indossare la mascherina chirurgica e di mantenere il distanziamento di almeno un metro durante tutta la permanenza in Azienda.

In Fede

Luogo e data: _____

Firma leggibile del Dichiarante
