

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**  
**ARTT.46 E 47 DPR 445/2000**

(da consegnare all'incaricato all'ingresso )

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

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

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

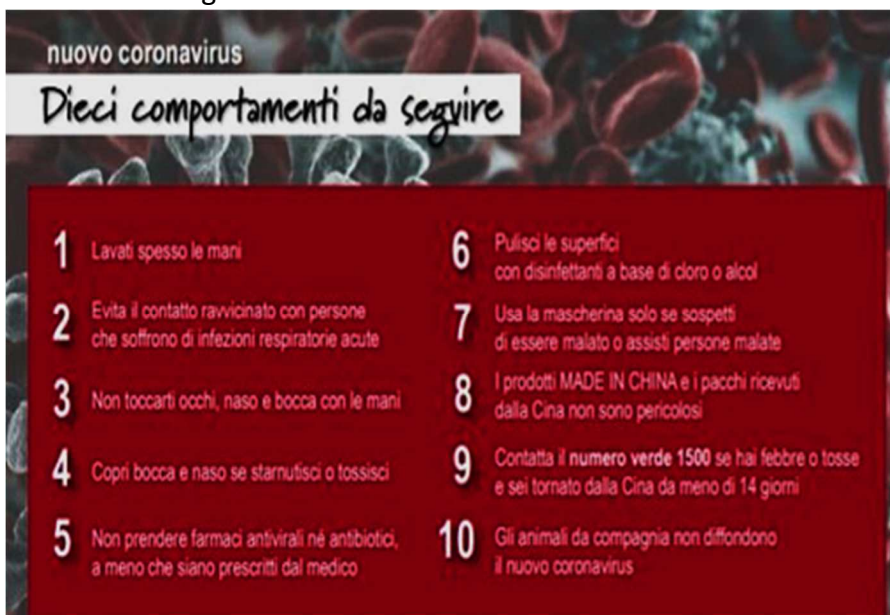
RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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 Regioni 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

\_\_\_\_\_