

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____,
nato il _____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____,
e domiciliato in _____ (____), via _____,
documento _____ nr. _____,
rilasciato da _____ in data _____,
cellulare _____, consapevole delle conseguenze penali previste in
caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;**
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;**

Data e luogo

Firma del dichiarante

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI

<ul style="list-style-type: none"> Sei stato all'estero? 	<p>No / Sì / Non Ricordo Dove?</p> <p>Data inizio permanenza</p> <p>Data di rientro</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sei stato in altre Regioni Italiane? 	<p>No / Sì / Non Ricordo Dove?</p> <p>Data inizio permanenza</p> <p>Data di rientro</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hai avuto contatti (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI) con casi accertati di COVID-19? 	<p>No / Sì / Non Ricordo</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone? 	<p>No / Sì / Non Ricordo</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena? 	<p>No / Sì / Non Ricordo</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria per motivi polmonari e/o riferibili a COVID-19? 	<p>No / Sì / Non Ricordo</p> <p>Se Sì, in che struttura e per quanto tempo?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sei stato ricoverato per COVID-19? 	<p>No / Sì / Non Ricordo</p> <p>Se Sì, in che struttura e per quanto tempo?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hai altre patologie? 	<p>No / Sì / Non Ricordo</p> <p>Se Sì, quali?</p>

• Prendi farmaci?	No / Sì / Non Ricordo Se Sì, quali?
• AL MOMENTO HAI	
• Tosse	No / Sì
• Febbre	No / Sì Temperatura
• Difficoltà a respirare	No / Sì
• Vomito	No / Sì
• Diarrea	No / Sì Se Sì, numero scariche/die
• Aageusia	No / Sì
• Anosmia	No / Sì
• Hai fatto il vaccino per l'influenza stagionale?	No / Sì
• Hai fatto il vaccino per la polmonite?	No / Sì

Data e luogo

Firma del dichiarante