

## AUTODICHIARAZIONE STATO DI BUONA SALUTE ED ASSENZA SINTOMI COVID

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena per positività al Covid 19;
- di non essere stato, nei 14 giorni precedenti, a contatto con un paziente positivo al Covid19;
- di aver proceduto alla misurazione della temperatura corporea, non rilevando una temperatura superiore a 37,5° C. ;
- di trovarsi in stato di buona salute e non soffrire di sintomi influenzali (tosse, raffreddore, influenza);
- di essere in possesso dei dispositivi di protezione individuale

FIRMA DEL DICHIARANTE PER ESTESO

\_\_\_\_\_

-----

### DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE ADDETTO AL CONTROLLO

Data di ingresso \_\_\_\_\_

Temperatura corporea rilevata \_\_\_\_\_ c°

FIRMA ADDETTO AL CONTROLLO

\_\_\_\_\_