Autocertificazione Sanitaria

Covid-19

Il/La sottoscritto/a ……..nato/a……..

il……..e residente in…….

telefono: .....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. non ho avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 nei precedenti 14 giorni,
2. non ho avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5° C o alcuna sintomatologia riferibile al COVID-19 tra i quali temperatura corporea >37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria,dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto, anche nei 3 giorni precedenti;
3. non è sono stato/a in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni a seguito di stretto contatto con casi COVID-19 o sospetti tali;
4. non sono entrato/a in contatto con persone positive COVID-19 o con persone con temperatura corporea superiore ai 37,5°C o con sintomatologia respiratoria, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

Firma: …… Data: ……

Nominativi di persone minorenni che accedono all'evento con me:

data di nascita	Nome e cognome