



AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI SINTOMI NELL'EMERGENZA COVID-19

Il sig / La sig.ra

Genitore di (in caso di minorenne)

Nato/a a il / /

Residente a in

Autovalutazione rischi contagio Covid-19

D I C H I A R A

- Nei 30 giorni precedenti, io o un mio familiare abbiamo avuto casi sospetti e/o confermati di COVID-19? Si No

- Attualmente io o uno dei miei familiari abbiamo sintomi in corso quali:
 1. Sintomi influenzali (febbre, mal di gola, mal di testa, stanchezza, dolori muscolari, dolori articolari) Si No
 2. Tosse Si No
 3. Riduzione \ perdita dell'olfatto o del gusto Si No
 4. Difficoltà respiratorie(respiro affannoso, senso di oppressione al torace) Si No
 5. Diarrea Si No

Data / /

FIRMA: