

Autocertificazione COVID-19

Nome _____

Cognome _____

1. Nelle ultime due settimane hai avuto contatti con persone che sono risultate positive a COVID-19?
 . Sì
 . No
2. Nelle ultime due settimane hai frequentato luoghi successivamente chiusi per casi di COVID-19?
 . Sì
 . No
3. Hai avuto sintomi influenzali negli ultimi 15 giorni?
 . Sì
 . No

Per favore rispondi anche alle seguenti domande:

- a. Temperatura corporea al di sopra dei 37,5°C?
 . Sì
 . No
- b. Tosse
 . Sì
 . No
- c. Malessere generale
 . Sì
 . No

Dichiaro inoltre di:

- 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 ed adottate ai sensi del decreto legge 25 marzo 2020, n.19 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 aprile 2020 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 Aprile 2020
- di essere a conoscenza delle misure igienico-sanitarie contenute nell'Allegato 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 aprile 2020 e di averne ricevuto copia.

Data _____

Firma _____