

AUTOCERTIFICAZIONE (emergenza COVID 19)

Il sottoscritto/a.....
nato/a a..... (.....) il/...../.....
residente a..... (.....) CAP.....
via e n° civico.....
codice fiscale.....
cellulare.....
email.....

D I C H I A R A

**consapevole delle responsabilità penali nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76
del D.P.R., 28 dicembre 2000 n.445**

1. Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19) e/o è soggetto attualmente alla misura di quarantena ovvero sono positivo al COVID-19?
 NO SI
2. Presenta anche solo una delle seguenti condizioni:
 - Temperatura corporea superiore a 37,5°C nelle ultime 48 ore
 - Ha assunto antipiretici (es. Tachipirina) da meno di 12 ore
 - Tosse secca
 - Respiro affannoso/ difficoltà respiratorie
 - Dolori muscolari diffusi
 - Mal di testa
 - Raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
 - Mal di gola
 - Congiuntivite
 - Diarrea
 - Alterazione del senso del gusto e dell'olfatto NO SI (indicare quali sintomi presenta)

Sono stato informato del rischio di contrarre infezione COVID in seguito all'allontanamento da casa ed a procedure diagnostiche / terapeutiche con possibili soggetti COVID positivi asintomatici.
Faccio presente che, nel caso io contraessi malattie infettive, mi impegno a comunicarlo subito ai Sanitari di riferimento.

In fede il dichiarante

Parma, Il/...../.....