

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____

DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL _____

CON PASSAPORTO/Documento N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____ RESIDENTE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l'insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall'arrivo in Italia, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail

CITTA' _____, PROVINCIA _____

INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____

RECAPITO TELEFONICO _____ e-mail _____

Luogo e data: _____, _____

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante

SELF DECLARATION COVID – 19

THE UNDERSIGNED (LAST NAME AND FIRST NAME) _____

NATIONALITY _____, BORN IN _____ ON _____

WITH PASSPORT/DOCUMENT N.. _____ ISSUED ON _____

BY _____ RESIDENT _____

DECLARES UNDER ITS OWN LIABILITY, PURSUANT TO THE REGULATION IN FORCE, AS FOLLOWS:

- 1) Not to be affected by COVID-19 or not to be subjected to a mandatory quarantine period of at least 14 days;
- 2) Not to be currently suffering from fever with a temperature above 37,5°C;
- 3) Not to accuse at the moment persistent cough, difficulty breathing, cold, sore throat, headache, severe weakness (tiredness), decrease or loss of smell/taste, diarrhea;
- 4) Not having had close contacts with person affected by COVID-19 since two days before the occurrence of symptoms and up to 14 days after the occurrence of the symptoms.

I also undertake to inform the air carrier and Local Health Authority of any possible occurrence of above mentioned symptoms arising within eight days

In order to allow the traceability of the undersigned in the following 14 days from the arrival in Italy, here below I report my residential address /telephone/mobile number /e-mail account

CITY _____, PROVINCE _____

ADDRESS _____ HOUSE NUMBER _____ ZIP CODE _____

TELEPHONE/MOBILE _____ e-mail _____

Date and place : _____, _____

Legible **signature** of the declarant
