

AUTODICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto (nome e cognome)

.....Nato a..... Il / / ...e residente a
..... In Via/Viale/Piazza PROV.....
In qualità di..... del minore (nome e cognome)
.....Nato
a..... Il / / e residente a
..... In Via/Viale/Piazza PROV.....

DICHIARA

- . 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio e vigenti alla data odierna;
- . 2) di non essere sottoposto alla misura di quarantena, ovvero non risulta positivo al Covid-19 alla data odierna;
- . 3) che nessun familiare convivente alla data odierna risulta sottoposto alla misura di quarantena, ovvero non risulta positivo al Covid-19.

DICHIARA INOLTRE che

negli ultimi 14 giorni non sono per lui ed eventuali conviventi occorsi i seguenti cambiamenti relativi allo stato di salute:

- presenza di variazioni della temperatura corporea di base (36.5°/37°);
- presenza di sintomatologia respiratoria: dispnea / affaticamento / espettorato / rinorrea / tosse / mal di gola
- presenza di sintomatologia gastrointestinale
- presenza di ogni eventuale altro sintomo ascrivibile ad un sospetto di situazioni a

rischio di infezione da SAR-CoV-2

Firma