



## AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI

### VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso  
di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

#### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

##### **che negli ultimi 14 gg:**

- Di non aver avuto contatti stretti con soggetti risultati positivi al test COVID-19 o sottoposti a quarantena.
- di non essere stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;

##### **Che non presenta uno dei seguenti sintomi:**

- febbre  $\geq 37,5^\circ$  e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.)
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Io sottoscritto/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura utilizzata dall'associazione.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

(Per i minorenni, firma di un genitore)