

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____
DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL _____
CON PASSAPORTO/Documento N. _____ RILASCIATO IL _____
DA _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

AI SENSI DELL'ALLEGATO 15 DEL DPCM del 07.09.2020 – Pubblicato in G.U. 07.09.2020:

- 1) Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato 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 con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dal viaggio all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza/ Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Data

firma