

AUTODICHIARAZIONE "NO COVID"

Io sottoscritto/a (stampatello):

Numero di pettorale _____

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il ____/____/____ A _____

Recapito telefonico: _____ Residente in: _____ PROV _____

Indirizzo _____

Identificato a mezzo _____ Nr. _____ Rilasciato da _____

DICHIARO SOTTO MIA RESPONSABILITÀ:

- Di non essere attualmente positivo accertato al COVID 19;
- Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni, per quanto di mia conoscenza, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) ed eventualmente di ritornare agli allenamenti/gare, dopo più di 14 giorni dal sussistere di tali sintomi;
- Nel caso di positività pregressa al COVID 19, di risultare attualmente "guarito" (Il paziente guarito è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2).

Data ____/____/____

Firma del dichiarante _____