

Modulo per Tecnico

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R.N.445/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/___
a _____ (_____), residente in _____
(_____), via _____ e domiciliato/a in _____
(_____), via _____, identificato/a a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA 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

SI PREGA DI ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO

SOCIETA':