

DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE E INFORMATIVA
(da consegnare al Delegato Regionale FIAM)

Oggetto: auto-dichiarazione proprio stato di salute

Il sottoscritto _____, nato il ____/____/____
a _____ (____), residente in _____ (____),
via _____ CAP ____ e domiciliato in _____ (____),
via _____ CAP _____, utenza telefonica _____,
email _____, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

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

Luogo e data: _____,

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante