



AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a :

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

DICHIARA

Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni (barrare larisposta):

- È stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19? SI NO
• È stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio? SI NO
• È stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti? SI NO
• Ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore ai 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto)? SI NO
• Manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea superiore ai 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, alterazioni di gusto o olfatto)? SI NO

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

AUTORIZZA

Comitato Regionale Lombardia al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 20167679 e della normativa vigente. (Protocollo Sanitario FCI - Covid 19).

Luogo e Data

Firma del partecipante



CRL-FCI Via Pavesi, 46 - 20137 MILANO