



Autocertificazione_ modello dal Rapporto ISS COVID 19 n.4-2020

Il sottoscritto (Cognome) (Nome)
nato il a e residente in
..... via
Telefono.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuale dal D.L.33 del 16 Maggio 2020 e dal DPCM 17 Maggio 2020.
2. Di non essere stato COVID-19 positivo accertato ovvero di essere stato COVID-19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo.
3. Di non essere sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale.
4. Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
5. Di non presentare anche soltanto uno dei seguenti sintomi:Febbre, Tosse secca, Respiro affannoso/difficoltà respiratorie, Dolori muscolari diffusi, Mal di testa, Raffreddore, Mal di gola, Congiuntivite, Diarrea, Perdita del senso del gusto (ageusia), Perdita del senso dell'olfatto (anosmia).

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, mi impegno ad informare tempestivamente la Dott.ssa di qualsiasi variazione di quanto dichiarato.

Data Firma.....



Autocertificazione_ modello dal Rapporto ISS COVID 19 n.4-2020 (minori)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il e
residente in Via
..... dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di
esercizio della potestà genitoriale/tutoria, nella qualità di
del minore Nato/a a
..... Il
e residente in Via
.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti, con particolare riferimento alle limitazioni della mobilità personale individuale dal D.L.33 del 16 Maggio 2020 e dal DPCM 17 Maggio 2020.
2. Che il proprio figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è stato COVID-19 positivo accertato ovvero è stato COVID-19 positivo accertato e dichiarato guarito a seguito di duplice tampone negativo.
3. Che il proprio figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena obbligatoria o precauzionale.
4. Che il proprio figlio non ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19).
5. Che il proprio figlio o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non presenta anche soltanto uno dei seguenti sintomi:Febbre, Tosse secca, Respiro affannoso/difficoltà respiratorie, Dolori muscolari diffusi, Mal di testa, Raffreddore, Mal di gola, Congiuntivite, Diarrea, Perdita del senso del gusto (ageusia), Perdita del senso dell'olfatto (anosmia).

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, si impegna a comunicare tempestivamente alla Dott.ssa qualsiasi variazione di quanto dichiarato in merito allo stato di salute del proprio figlio.

Data Firma.....

