

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 46 del DPR 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____

In caso di minore: Genitore / tutore del minore _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, DICHIARA, NEGLI ULTIMI 15 GIORNI:

1. Di aver avuto sintomi influenzali o riconducibili al Covid-19 quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associate o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA;
SI NO
2. Di essere venuto a contatto con persone sospette per COVID-19 o positive al SARS-CoV-2 o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19;
SI NO
3. Di essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare per COVID-19;
SI NO
4. Di essere risultato POSITIVO al tampone per la ricerca del virus SARS – CoV-2;
SI NO

E INOLTRE

5. Di aver contratto il COVID-19 e di essere stato giudicato clinicamente guarito avere effettuato dopo la guarigione
SI NO
6. Di aver iniziato/completato il ciclo vaccinale
SI NO
7. Si impegna (il genitore in caso di minore) a dare immediata comunicazione alla A.BA.CO. asd in caso di variazioni ad una delle condizioni di cui sopra. Dichiaro inoltre di essere informato e si impegna a rispettare tutti i regolamenti e i protocolli adottati come misure di prevenzione al rischio Covid-19.

Data: _____

Firma del dichiarante (o del genitore in caso di minore)

I dati raccolti verranno trattati secondo le vigenti norme di legge e utilizzati solo per scopi previsti

