AUTOCERTIFICAZIONE DA RENDERE DA PARTE DEL PARTECIPANTE

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

Il/La sottoscritto _____

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di Nascita _____ il _____

Residenza: _____ Città _____

CAP _____ Recapito mobile _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37,5°	SI ☐	NO ☐
Tosse	SI ☐	NO ☐
Mal di gola	SI ☐	NO ☐
Dolori muscolari	SI ☐	NO ☐
Congestione nasale	SI ☐	NO ☐
Nausea	SI ☐	NO ☐
Vomito	SI ☐	NO ☐
Perdita di olfatto e gusto	SI ☐	NO ☐
Altro	SI ☐	NO ☐

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con casi sospetti	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con familiari di casi sospetti	SI ☐	NO ☐
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI ☐	NO ☐
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	SI ☐	NO ☐
VACCINAZIONE (anche 1 dose)	SI ☐	NO ☐
TAMPONE effettuato entro le 72 h precedenti	SI ☐	NO ☐
GUARIGIONE da COVID 19 negli ultimi 6 mesi	SI ☐	NO ☐

Io sottoscritto/a, vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, acconsento al trattamento dei dati riportati nel presente modulo che saranno custoditi nel rispetto della normativa vigente di riferimento.

Firma leggibile

Frosinone ____/____/____