



circolo culturale Carichi Sospesi

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/___ a _____ (____), residente in
_____ (____), via _____ e
domiciliato/a in _____ (____), via _____,
identificato/a a mezzo di documento allegato

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi della normativa vigente quanto segue:

- di essere in buona salute e non avere patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5°, tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea, oppure sintomi riconducibili a COVID-19;
- di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria;
- di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare tempestivamente al circolo Carichi Sospesi l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati.

Si allega copia del documento di identità

Luogo e data: _____, _____

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante