

DancingSALONE

AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

residente in _____ (____), via _____

sotto la propria responsabilità dichiara, e cosciente delle responsabilità di una falsa dichiarazione:

di aver avuto uno o più dei seguenti sintomi, nel corso delle ultime quattro settimane

T° >37,5°C Tosse/raffreddore artro-mialgie disturbi gastro-intestinali

Se indicata sintomatologia sopra descritta, indicare il periodo: dal _____ al _____

di essere stato sottoposto a periodo di quarantena NO, MAI SI

Se SI: prescritta da: ATS, MMG, Altro , specificare _____

in quale periodo dal _____ al _____

di essere stato ricoverato per SAR-Cov-2 NO, MAI SI

Se SI: dal _____ al _____; ospedale di _____

di essere stato sottoposto a tampone N-F per ricerca di COVID-19 NO SI

Se SI: il _____ presso _____; con esito POS NEG (allegare referto)

di essere stato sottoposto ad esame ematico per ricerca IgM –IgG per COVID-19 NO SI

Se SI: il _____ presso _____; con esito POS NEG (allegare referto)

di essere a conoscenza di aver avuto contatti, in qualsiasi ambito, con soggetti risultati positivi per COVID-19 NO SI Se SI: quando è stato l'ultimo contatto _____

Non rientra da Stati **diversi dai seguenti:**

1. Austria

2. Belgio

3. Svizzera

4. Cipro

5. Rep. Ceca

6. Germania

7. Danimarca

8. Estonia

11. Finlandia

12. Francia

14. Ungheria

15. Irlanda

16. Islanda

17. Italia

18. Liechtenstein

19. Lituania

20. Lussemburgo

21. Lettonia

23. Paesi Bassi

24. Norvegia

25. Polonia

26. Portogallo

27. Svezia

28. Slovenia

29. Slovacchia

30. Regno Unito e Irlanda del Nord

31. Andorra

32. Principato di Monaco

33. Repubblica San Marino

34. Città del Vaticano

Non rientra da aree che, pur comprese negli Stati di cui sopra, sono considerate a rischio epidemiologico.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante
