

AUTODICHIARAZIONE ai sensi di DCPM 26/04/2020 e s.m.i. e protocollo Condiviso del 24/04/2020

Il sottoscritto _____, nato il _____
a _____ (____), residente in _____ (____)
via _____ e domiciliato in _____ (____)
via _____, C.F. _____
lavoratore/dipendente dell'impresa _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aver effettuato la misurazione e di non avere temperatura corporea giornaliera superiore a 37,5°
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- di non avere, e di non avere avuto nei giorni scorsi sintomi quali febbre, tosse secca e difficoltà respiratorie;
- di non avere, e di non avere avuto nei giorni scorsi altri sintomi tipici (affaticamento, produzione di espettorato, mal di gola, mal di testa, mialgia o artralgia, brividi, nausea o vomito, perdita di percezione olfattiva e gustativa, congestione nasale, diarrea, tosse con sangue e congestione congiuntivale);
- di non essere a conoscenza di aver frequentato nei 14 giorni precedenti persona contagiata da COVID-19

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ **Firma** _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____