

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/___
a _____ (_____), residente in _____
(_____), via _____ e domiciliato/a in _____
(_____), via _____, identificato/a a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ di non essere stato affetto da COVID-19 positivo accertato e guarito;
- ✓ di non aver avuto negli ultimi 14 giorni, per quanto di mia conoscenza, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- ✓ di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) e di ritornare agli allenamenti, dopo tali sintomi, a seguito di esito negativo di tampone.

Data

Firma del dichiarante

SI PREGA DI ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO