

# **AUTOCERTIFICAZIONE**

## **(Emergenza COVID 19)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

via e n° civico \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

### **D I C H I A R O**

**sotto la mia responsabilità,**

- di non avere e di non aver avuto alcun sintomo (febbre, tosse, anosmia, dolori muscolari, mal di gola, diarrea)(controllare il sito del Ministero Salute [www.salute.gov.it/Coronavirus/Informazioni](http://www.salute.gov.it/Coronavirus/Informazioni) ) che possa ipotizzare una infezione da Covid19,
- di aver rispettato le norme di distanziamento sociale imposte dalle Autorità a causa della pandemia, nei trenta giorni recedenti alla data della visita medica o del trattamento medico o dell'intervento chirurgico,
- di non aver avuto contatti con parenti e/o conoscenti con sintomatologia sopra descritta, che possa far sospettare che possano essere contagiati da Covid 19,
- di non poter escludere con certezza di essere stato/a in contatto con conoscenti/parenti COVID+ asintomatici nelle ultime 3 settimane.

**Sono consapevole che l'essere uscito da casa per sottopormi alle procedure medico/ chirurgiche o alla visita medica, mi può esporre al contatto con persone affette da Covid 19 ma asintomatiche.**

Faccio presente che, nel caso io contraessi malattie infettive, mi impegno a comunicarlo subito ai Sanitari di riferimento.

Ciò attesto per tutti gli usi consentiti dalle vigenti leggi e cui io risponderò legalmente.

In fede

Roma, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(il dichiarante)