

**Autodichiarazione ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000**

Il/la Sottoscritto \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

<b>DICHIARA</b>		
<b>SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITA' A RISCHIO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>SE SI SPECIFICARE PAESE:</b>		
<b>DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO</b>		
<b>DI ESSERE STATO IN QUARANTENA OBBLIGATORIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O PROBABILI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITA' A RISCHIO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ALTERAZIONI RESPIRATORIE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>TOSSE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MAL DI GOLA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>DOLORI MUSCOLARI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MALESSERE GENERALE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ASTENIA(mancanza di forze)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ANORESSIA(mancanza di appetito)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>VOMITO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CEFALEA(mal di testa)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ANOSMIA(non sente gli odori)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>AGEUSIA (non riconosce i sapori)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>DIARREA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Di aver letto e compreso le norme comportamentali</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Temperatura</b>		
<b>ALTRO</b>		

Il /La sottoscritt\_ è stato informata dell'attuale contesto epidemiologico Covid19 e del possibile rischio di contagio che comporta l'assembramento nonostante le misure precauzionali di distanziamento adottate.

Il/La sottoscritt\_ è consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti del art. 46 dpr n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_