

AUTODICHIARAZIONE (scrivere in stampatello)

Il sottoscritto _____

CF: _____

tel/cell. _____

Mail: _____

sotto la propria responsabilità

DICHIARA (barrando la risposta sì/no)

Che nei 14 giorni precedenti è stato affetto da COVID 19.	sì	no
Che nei 14 giorni precedenti è risultato positivo a tamponi molecolari o antigenici per COVID19.	sì	no
Che nei 14 giorni precedenti ha sofferto di disturbi simil-influenzali o correlabili all'infezione da coronavirus (tosse, febbre/febbricola, dispnea, diarrea, disturbi dell'olfatto e del gusto di recente insorgenza).	sì	no
Che è sottoposto a provvedimento di isolamento domiciliare.	sì	no
Che si trova in regime di autosorveglianza per contatti stretti con casi COVID negli ultimi 10 giorni.	sì	no
Che nei 10 giorni precedenti ha avuto contatti stretti con persone (in particolare familiari) affetti da sintomatologia sospetta (tosse, febbre/febbricola, dispnea, diarrea, disturbi dell'olfatto e del gusto di recente insorgenza).	sì	no
CHE SI RITROVA IN UNA DELLE CONDIZIONI SOPRAELENATE: LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' ARTISTICA SENZA MASCHERINA È CONDIZIONATA ALLA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO.	sì	no

Data.....

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI:

La autodichiarazione sarà conservata per 14 giorni