



Modulo di autodichiarazione COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a a _____

() il ___/___/___ residente in _____

() Via _____ n. _____

contatto telefonico (obbligatorio) _____

Tipo Documento _____ N° _____

rilasciato da _____ il ___/___/___ consapevole delle
sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R.
445/2000)

DICHIARA

- di non avere in corso diagnosi di infezione da Covid-19;
- di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia negli ultimi 14gg;
- di non aver avuto un contatto stretto con paziente Covid-19 negli ultimi 14gg;
- di non aver avuto avuto un contatto stretto con una o più persone (a casa, al lavoro...), con febbre e/o sintomi riconducibili a Covid-19 negli ultimi 14gg;
- di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento;
- di obbligarsi ad informare immediatamente l'Università Cattolica del Sacro Cuore qualora nei 14gg successivi alla consegna della presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19.

Data: ___/___/___

Dichiara inoltre di prendere visione dell'informativa privacy qui allegata.

In fede

(in caso di minorenni, chi ne fa le veci)
