

AUTODICHIARAZIONE PARTECIPANTE

INCONTRO FORMATIVO UNITARIO AC FIRENZE
27 settembre 2020 – Seminario Arcivescovile di Firenze

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____

Recapito telefonico _____, email _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

SI	NO	Negli ultimi 14 giorni ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus COVID-19
SI	NO	Di presentare anche uno solo di questi sintomi (nel caso barrare la casella): <input type="checkbox"/> FEBBRE; <input type="checkbox"/> TOSSE SECCA; <input type="checkbox"/> RESPIRO AFFANNOSSO/DIFFICOLTA' RESPIRATORIE; <input type="checkbox"/> DOLORI MUSCOLARI DIFFUSI; <input type="checkbox"/> MAL DI TESTA; <input type="checkbox"/> MAL DI GOLA; <input type="checkbox"/> CONGIUNTIVITE; <input type="checkbox"/> DIARREA; <input type="checkbox"/> PERDITA DEL SENSO DEL GUSTO (ageusia); <input type="checkbox"/> PERDITA DEL SENSO DELL'OLFATTO (anosmia)
SI	NO	Di essere risultato positivo al SARS-CoV-2 oppure di esserlo stato ma non successivamente negativizzato secondo i protocolli regionali
SI	NO	Di essere sottoposto alla misura della quarantena / isolamento fiduciario
SI	NO	Di provenire da zone a rischio epidemiologico

IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA ANCHE AD UNA SOLA DELLE DOMANDE, SARA' VIETATO L'INGRESSO E LA PARTECIPAZIONE A QUALSIASI ATTIVITA'

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 disposte dalle Autorità Competenti e dall'Ente.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445

Data _____

firma _____