

# Dichiarazione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

1. Negli ultimi 15 giorni ha avuto contatti con qualcuno che presentava sintomi come tosse e/o febbre o con qualcuno che è risultato contagiato da COVID-19?

- SI
- NO

2. Ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni?

- Rialzo temperatura oltre 37,2°

- SI
- NO

- Tosse

- SI
- NO

- Peggioramento condizioni di salute

- SI
- NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_