



Allegato 1. Modello di autocertificazione

NOME _____ COGNOME _____

NATO IL _____ LUOGO DI NASCITA _____

E' stato affetto da COVID oppure ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

Sintomi	SI	NO
Febbre >37,5°		
Tosse		
Stanchezza		
Mal di gola		
Mal di testa		
Dolori muscolari		
Congestione nasale		
Nausea		
Vomito		
Perdita di olfatto e gusto		
Congiuntivite		
Diarrea		

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

CONTATTI CON SOGGETTI RISULTATI POSITIVI AL COVID 19 SI NO

PROVIENE DA ZONE A RISCHIO SECONDO INDICAZIONI OMS SI NO

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19:

Il sottoscritto/a come sopra identificato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura universitaria

data _____

Firma