



AUTOCERTIFICAZIONE Coronavirus COVID-19

Il sottoscritto

Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

Documento di riconoscimento.....

Ruolo..... (es. utente, operatore, altro)

nell'accesso presso il Consultorio Familiare di Ispirazione Cristiana di Ragusa, via G. Cartia n. 3,
sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità
genitoriale dichiara quanto segue:

- di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
- di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37,5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive per quanto di sua conoscenza **negli ultimi 14 giorni.**

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del COVID-19.

Luogo e data

Firma leggibile