



COMITATO REGIONALE LAZIO

AUTOCERTIFICAZIONE COVID – 19

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Pro. (_____) il _____

Residente a _____ Prov (_____) Via _____ Nr. _____

Telefono _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

- Ho avuto un'infezione Covid-19 con conseguente guarigione, confermata da doppio tampone negativo negli ultimi 14 giorni: **SI** **NO**
- Ho avuto sintomi riferibili all'infezione Covid-19 tra i quali febbre >37,5°, tosse, congestione nasale, nausea, vomito, perdita di olfatto e gusto, mal di gola, mal di testa, diarrea, dolori muscolari: **SI** **NO**
- Ho avuto contatti con un paziente con accertata infezione Covid-19 negli ultimi 14 giorni: **SI** **NO**
- Ho avuto contatti con casi sospetti, ma è trascorso il periodo di quarantena: **SI** **NO**

Il sottoscritto/a prende atto che la presente autodichiarazione viene rilasciata in nome proprio e si impegna a dare immediata comunicazione a MIDAS Lazio in caso di ogni variazione ad una delle condizioni di cui sopra, informando anche il proprio medico curante.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione.

Prende atto che i dati acquisiti o raccolti tramite il presente modulo saranno trattati in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa sulla privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art.7 e ss. del Regolamento UE 2016/679.

ROMA,, 02.10.2021

In Fede

(Firma leggibile)