



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 - VENERDÌ 30 LUGLIO 2021

(da consegnare all'ingresso dell'expo al comitato organizzatore – scrivere in stampatello)

Il sottoscritto _____ Vaccinato in data _____

Nato a _____ il _____

Tipo documento e N _____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei prossimi 8 giorni all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di Emergenza Medica 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei prossimi 14 giorni da oggi, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico / e-mail

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____ N. civico _____

E-Mail _____ Telefono _____

Luogo e data _____, _____ Firma Dichiarante _____



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 - SABATO 31 LUGLIO 2021

(da consegnare all'ingresso dell'expo al comitato organizzatore – scrivere in stampatello)

Il sottoscritto _____ Vaccinato in data _____

Nato a _____ il _____

Tipo documento e N _____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei prossimi 8 giorni all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di Emergenza Medica 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei prossimi 14 giorni da oggi, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico / e-mail

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____ N. civico _____

E-Mail _____ Telefono _____

Luogo e data _____, _____ Firma Dichiarante _____



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19 - **DOMENICA 01 AGOSTO 2021**

(da consegnare all'ingresso dell'expo al comitato organizzatore – scrivere in stampatello)

Il sottoscritto _____ Vaccinato in data _____

Nato a _____ il _____

Tipo documento e N _____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37° C;
- 3) di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Il sottoscritto inoltre si impegna a comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei prossimi 8 giorni all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di Emergenza Medica 115 / Numero Verde per emergenza Covid-19 della Regione di domicilio).

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei prossimi 14 giorni da oggi, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico / e-mail

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Indirizzo _____ N. civico _____

E-Mail _____ Telefono _____

Luogo e data _____, _____ Firma Dichiarante _____