**ALLEGATO 1 AUTODICHIARAZIONE**

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

**(da consegnare al vettore - scrivere in stampatello)**

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DI NAZIONALITA’ , NATO A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CON PASSAPORTO/Documento N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RILASCIATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

1) Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;

2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;

3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

4) Di non aver avuto contatti stretti persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l’insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l’eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dallo sbarco dall’aeromobile, al vettore e all’ Autorità sanitaria locale.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall’arrivo in Italia, qui di seguito riporto l’indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail

CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. CIVICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante