

BIKE NIGHT

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____

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

- 1) Di non essere affetto/a da COVID-19 o di non essere sottoposto/a a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto/a 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/la sottoscritto/a inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dall'evento all'organizzatore e all'autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di Emergenza Medica Nazionale 115 / Numero Verde per emergenza COVID-19 della Regione di domicilio).

Ai fini della tracciabilità del/della sottoscritto/a nei successivi 14 giorni, riporto:

Telefono _____

Data _____

Firma _____