

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**  
(da consegnare all'entrata del sito di gara)

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

con Tessera FCI n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', 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 37,5° 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 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 successivi 14 giorni dall'evento 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 sottoscritto si riporta di seguito l'indirizzo di residenza:

CITTA' \_\_\_\_\_, PROVINCIA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

In Fede  
Firma leggibile del Dichiarante  
(e di un genitore/tutore se minorenne)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_