***Allegato CI20200504Corononavirus n. 4***

**AUTODICHIARAZIONE PER L’ACCESSO IN AZIENDA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_)

incontro con\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di non avere febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali (tosse, starnuti, difficoltà respiratorie, dolori articolari diffusi);

- di non aver avuto febbre o altri sintomi influenzali negli ultimi 14 giorni (tosse, starnuti, difficoltà respiratorie, dolori articolari diffusi) e/o perdita di gusto e olfatto;

- di non essere sottoposto a misure di quarantena, o di essere risultato positivo al Covid-19;

- per quanto a sua conoscenza, di non aver avuto contatti stretti senza l’utilizzo di protezioni con persone risultate positive ai test per affezione da “Coronavirus”**.**

**Con la suddetta dichiarazione si impegna a segnalare tempestivamente eventuali cambiamenti ad una o più delle condizioni negative riportate nella stessa, che dovessero intervenire nei giorni seguenti.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_