

Oggetto: autocertificazione di condizione fisica_

Il/La sottoscritto/a....., genitori/parente
di.....

Residente a.....dichiara le seguente condizione fisiche del
parente su scritto:

Temperatura corporea _____°C

Febbre nell'ultima settimana:

Assente Presente

Tosse:

Assente Presente

Congiuntivite con febbre:

Assente Presente

Recente difficoltà respiratoria:

Assente Presente

Perdita della sensazione del gusto:

Assente Presente

Perdita della capacità di sentire gli odori:

Assente Presente

E ancora di ESSERE / NON ESSERE stato a stretto contatto con caso di Covid-19 confermato

Dichiaro, inoltre, che i familiari che entrano in contatto con _____ non presentano
nella giornata attuale sintomi influenzali e/o febbre.

Data _____

Firma _____