

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

SELF-DECLARATION COVID – 19

(to be delivered to the carrier – write in capital letters)

THE UNDERSIGNED (Last name and name) _____,

NATIONALITY _____, PLACE AND DATE OF BIRTH ____/____/____

PASSPORT/DOCUMENT NUMBER _____ DATE OF ISSUE _____ ISSUED BY

DECLARES UNDER ITS OWN RESPONSIBILITY

- 1) of not being suffering from COVID-19 or not having being subject to mandatory quarantine of at least 14 days;
- 2) of not be affected by feverish pathology with a temperature over 37,5 °C;
- 3) of not accuse insistent cough, respiratory difficulty, cold, sore throat, headache, strong asthenia (fatigue), decrease or loss of smell/taste, diarrhea;
- 4) not have had close contact with people suffering from COVID-19 within 48 hours prior to the onset symptom;
- 5) not have had close contact with someone suffering form COVID-19 on the last 14 days.

The undersigned moreover undertakes, to immediate report the appearance of any above symptoms that occur in the next 8 days after disembarking from the aircraft to the Airline and Local Health Authority.

With the aim to trace the undersigned in the following 14 days of the arrival in Italy, I report here below the address / phone number /e-mail

CITY _____, PROVINCE _____

ADDRESS _____ n. _____ zip code _____

PHONE NUMBER _____ E-MAIL _____

Date ____/____/____, place _____

In faith

readable signature of the registrant
