AUTOCERTIFICAZIONE PER ATTIVITA’ DI TIROCINIO O EQUIVALENTI

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………..…………...,

studente al ………. anno del corso di laurea in ……………………………………….……………… ………………………………………………………………………………………………………...,

MATRICOLA………………………………………..,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)

DICHIARA QUANTO SEGUE:

1. di non essere stato sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare (obbligatorio o fiduciario) negli ultimi 14 giorni
2. Di non aver avuto contatti con casi accertati di COVID19 negli ultimi 14 giorni
3. Di non aver avuto contatti con familiari di casi sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni
4. di non ha aver sofferto di alcune delle seguenti condizioni negli ultimi 14 giorni:
	1. Febbre maggiore di 37,5°C
	2. Tosse
	3. Respirazione alterata e affanno
	4. Atro-mialgie diffuse
	5. Mal di testa persistente (>2gg)
	6. Raffreddore/rinorrea
	7. Mal di gola
	8. Arrossamento e bruciore degli occhi persistente
	9. Diarrea
	10. Difficoltà o impossibilità a percepire gli odori
	11. Difficoltà o impossibilità a percepire i sapori

Data…………………………… Risultato test percutaneo negativo …………………..

Data……………………………

Data……………………………

Data…………………………… Firma……………………………….