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……………………………….