

## AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto

Nome:.....

Cognome:.....

nato a .....il.....

Residente in .....

Dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

i) di non essere affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 giorni;

(ii) di non accusare sintomi riconducibili al COVID-19 quali, a titolo esemplificativo, temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, raffreddore e di non aver avuto contatti con persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni;

(iii) l'impegno a rinunciare al viaggio e a informare l'Autorità sanitaria competente nell'ipotesi in cui qualsiasi dei predetti sintomi emergesse prima del viaggio o si verificasse entro otto giorni dall'arrivo a destinazione del servizio utilizzato;

In fede.

Luogo e data

.....

Firma leggibile

.....