**AUTODICHIARAZIONE AL RIENTRO IN SERVIZIO DOPO ISOLAMENTO/MALATTIA DA CORONAVIRUS Sars-CoV-2 (Covid-19)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assente dal servizio dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:

[] ISOLAMENTO DOMICILIARE (POSITIVITÀ ACCERTATA) IN ASSENZA SINTOMI

[] ISOLAMENTO CON TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE PER SINTOMI

[] RICOVERO OSPEDALIERO

**Dichiara di aver presentato i seguenti segni/sintomi:**

[] febbre [] tosse secca [] indolenzimento e dolori muscolari [] diarrea [] congiuntivite [] spossatezza [] mal di gola [] mal di testa [] perdita/alterazione del gusto (ageusia/disgeusia) []perdita dell'olfatto (anosmia) [] eruzione cutanea o scolorimento delle dita di piedi o mani [] difficoltà respiratoria o fiato corto [] oppressione o dolore al petto [] perdita della facoltà di parola o di movimento

**della durata di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[] altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[] nessun sintomo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara attualmente:**

⭘**di non presentare attualmente sintomi riconducibili a malattia Covid-19**\*

\* *non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo*

⭘ **di presentare variazioni del proprio stato di salute legate all’infezione da Sars-Cov-2, in particolare**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre:**

🞏di NON svolgere mansioni comportanti esposizione a irritanti e/o tossici per l’apparato respiratorio/ dispendio energetico/condizioni microclimatiche sfavorevoli

🞏 di svolgere mansioni comportanti ⭘esposizione a irritanti e/o tossici per l’apparato respiratorio ⭘dispendio energetico ⭘condizioni microclimatiche sfavorevoli

🞏di essere affetto da patologie quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 di non essere in terapia immunosoppressiva (es. cortisonica, oncologica, ecc…)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_