

AI MUSEO DEI BAMBINI SCS ONLUS

Via Flaminia 80

00196 Roma

AUTOCERTIFICAZIONE DI SCREENING COVID-19

COLLABORATORI ESTERNI

La/Il sottoscritto/a (nome e cognome)

DICHIARA CHE

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatto con un caso probabile o confermato di covid-19?

SI NO

Negli ultimi 14 giorni, sono comparsi sintomi simili a quelli influenzali e/o respiratori: mal di testa, mal di gola, difficoltà respiratorie, tosse secca, dolori muscolari, disturbi degli odori e dei sapori, diarrea, temperatura corporea superiore a 37,5?

SI NO

Data __/__/____

Firma