

## AUTOCERTIFICAZIONE DI SCREENING COVID-19

La/Il sottoscritta/o (nome e cognome)

---

in qualità di tutore e/o esercente la podestà genitoriale o tutore legale del minore o comunque soggetto delegato/autorizzato a sottoscrivere in nome e per conto di tali soggetti (nome e cognome del/la bambino/a)

---

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