

**ALLEGATO 1 AUTODICHIARAZIONE****AUTODICHIARAZIONE COVID – 19****(da consegnare al vettore - scrivere in stampatello)**

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_  
 DI NAZIONALITA' \_\_\_\_\_, NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 CON PASSAPORTO/Documento N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_  
 DA \_\_\_\_\_ RESIDENTE \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

- 1) Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l'insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dallo sbarco dall'aeromobile, al vettore e all'Autorità sanitaria locale.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall'arrivo in Italia, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail

CITTA' \_\_\_\_\_, PROVINCIA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Flight: \_\_\_\_\_

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante

\_\_\_\_\_

Att. 1 - SELF DECLARATION

**COVID-19 SELF-DECLARATION**

(to be delivered to the carrier - write in block letters)

THE SUBSCRIBER (SURNAME NAME): \_\_\_\_\_

NATIONALITY \_\_\_\_\_ Place of Birth \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PASSPORT/ID n.: \_\_\_\_\_ ISSUED on \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_ Resident : \_\_\_\_\_

DECLARES UNDER ITS LIABILITY, IN ACCORDANCE WITH THE REGULATION IN FORCE AS FOLLOWS:

- 1) Not to be affected by COVID-19 or not to undergo a mandatory quarantine period of at least 14 days;
- 2) That I am not currently suffering from febrile illness with a temperature above 37.5 ° C;
- 3) Not to accuse at the moment persistent cough, difficulty breathing, cold, sore throat, headache, severe weakness (tiredness), decrease or loss of smell / taste, diarrhea;
- 4) That I had not had close contacts with a COVID-19 person since two days before the onset of symptoms and up to 14 days after their onset.

The undersigned also undertakes to communicate the possible appearance of the above symptoms that might occur in the following 8 days from disembarkation from the aircraft, to the carrier and to the local Health Authority.

For the purposes of traceability of the undersigned in the following 14 days from arrival in Italy, below I report the home address / telephone number / e-mail address

CITY: \_\_\_\_\_ , Region / State \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ Nbr: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

PHONE #: \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_

Place/ Date \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Flight: \_\_\_\_\_

Truly Yours

Legible Signature of the Declarant

\_\_\_\_\_