



AUTOLINEE FEDERICO SPA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Protocollo di regolamentazione per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID19

-deroga del distanziamento interpersonale di un metro -

COGNOME NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA/..... SESSO M F

DICHIARA

FEBBRE SUPERIORE A 37,5°C	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RECENTE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA (DISPNEA)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RINITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FARINGODINIA (ES. MAL DI GOLA)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MIALGIE/ESTENIA (ES. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISOSMIA (ES. ALTERAZIONE OLFATTO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISGEUSIA (ES. ALTERAZIONE GUSTO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

BARRARE LE CASELLE LE CUI CONDIZIONI RICORRANO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

- di non essere affetto di COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena Obbligatoria di almeno 14 giorni
- 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
- 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

DATA

FIRMA OPERATORE.....

FIRMA CLIENTE.....

N.B. ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO