



AUTOCERTIFICAZIONE

Corso: Sede: Docente:

Io sottoscritto/a socio/a dell'UPE dichiaro sotto la mia responsabilità

- Di non essere affetto/a da COVID-19 e di non essere stato/a sottoposto/a a periodo di quarantena obbligatoria negli ultimi 14 giorni;
- Di non essere affetto/a attualmente da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5° C;
- Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni e che, in base alla normativa vigente, non sono soggetto/a al mantenimento della distanza interpersonale prevista per la prevenzione del virus COVID-19. Esonera pertanto l'UPE in merito ad ogni e qualsiasi responsabilità conseguente al mancato rispetto della distanza di sicurezza.

Cognome e nome	Firma
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	