

## AUTOCERTIFICAZIONE PER POSITIVO COVID-19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di Lavoratore della ditta / Ente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ consapevole  
delle sanzioni previste per il caso di dichiarazioni mendaci;

### DICHIARA

- Il seguente stato vaccinale anticovid-19/ Sars-cov2:
  - (A) NON VACCINATO** (non vaccinati o vaccinati con ciclo primario incompleto o vaccinati con ciclo primario completo da meno di 14 giorni alla data del contatto stretto o dall'esito del tampone positivo)
  - (B) VACCINATO** (o **GUARITO** da più di 120 giorni) e con Green Pass valido
  - (C) VACCINATO** (o **GUARITO**) vaccinato con dose booster o vaccinato con solo ciclo primario da meno di 120 giorni o guarito da meno di 120 giorni
- Di essere risultato **POSITIVO** a seguito di tampone di data \_\_\_\_\_ che allego
- Di esser stato:
  - Positivo con sintomi (es. febbre, raffreddore, tosse ...)
  - Di essere stato ricoverato in Ospedale per motivi legati alla malattia COVID-19
  - Positivo **SENZA** sintomi
- Di essere risultato **NEGATIVO** a seguito di tampone di data \_\_\_\_\_ che allego effettuato presso struttura abilitata (es. laboratori, farmacie o medico autorizzato) che ha inserito l'esito nel sistema che permette il rilascio del green pass
- Di aver preso visione dell'allegato A e di essermi attenuto a quanto previsto in tale allegato e/o a quanto indicato dal medico di medicina generale o dal dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)