**Allegato1**

**AUTODICHIARAZIONE DA COMPILARSI IN CASO DI TAMPONE POSITIVO COVID 19**

(AI SENSI DEGLI ART 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000,N 445)

Il\La sottoscritto\a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 )

**DICHIARA**

*(Nel compilare l’autodichiarazione vanno selezionato le condizioni sotto riportate, nel dubbio chiedere aiuto nella compilazione al proprio Medico di Medicina Generale)*

* Di aver contratto la **malattia COVID 19**  ( presenza di tampone oro-faringeo positivo ) e di essere in isolamento e/o sorveglianza attiva dal tampone positivo eseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere /non essere vaccinato
  + Data 1° dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Data 2° dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Data 3° dose booster\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Di essere guarito da infezione COVID 19 nei 120 giorni precedenti
* Di essere /non essere sintomatico
  + data inizio sintomi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In base alla definizione di contatto stretto, secondo Circolare del Ministero indico tra i miei colleghi i seguenti nominativi:

1. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data li,

Firma del dichiarante

**Testo della mail da inviare alla dott.ssa Maria Adele Passera**

**e-mail: mariadele.passera@meteservizi.it**

**OGGETTO: Comunicazione tampone positivo Covid-19**

“In accordo con le indicazioni normative vigenti,

il Sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (matricola n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), in servizio presso Crédit Agricole Italia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di matricola aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono aziendale/privato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mail privata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la presente, comunico di aver contratto la malattia Covid-19 e di essere in isolamento dal tampone positivo eseguito in data \_\_\_\_\_\_.