

CINEMA TEATRO MANZONI BUSTO ARSIZIO

DATA SPETTACOLO __/__/20__ ORA __/__/__

AUTOCERTIFICAZIONE PER SPETTATORI

LA/IL SOTTOSCRITTA/O _____

RECAPITO TELEFONICO _____

RECAPITO MAIL

(facoltativo) _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che negli ultimi 14 giorni:

- Non ha avuto alcun contatto stretto con paziente COVID
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro...)
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena
- Non è rientrato in Italia da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna né ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna

Che non presenta i seguenti sintomi

- Febbre e/o dolori muscolari diffusi
- Sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie
- Sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc)
- Disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia)

FIRMA DEL DICHIARANTE