



AUTOCERTIFICAZIONE - SELF CERTIFICATION – SELBSZERTIFIZIERUNG

Nome _____ Cognome _____
Name _____ Surname _____
Name _____ Name _____

Luogo e data di nascita _____
Birth date and place _____
Geburtsort und Datum _____

Altri membri del gruppo / della Famiglia 1 _____

Other group / family members 2 _____

Andere Gruppen / Familien Mitglieder 3 _____

4 _____

5 _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità che le seguenti affermazioni si applicano per tutti i componenti del mio nucleo familiare / gruppo come sopra identificato:

EN: *I declare under my responsibility that the following statements apply to all members of my family / group as identified above.*

DE: *Ich erkläre unter meiner Verantwortung, dass die folgenden Aussagen für alle Mitglieder meiner Familie / Gruppe wie oben angegeben Wahrheitsgemäß sind.*

Ho/abbiamo effettuato oggi la misurazione della mia/nostra temperatura corporea la quale è risultata inferiore a 37.5°C.

I have measured my body temperature today and it is below 37.5°C.

Ich/wir habe/n heute unsere Körpertemperatur gemessen und sie ist unter 37.5°C.

Non ho/ abbiamo sintomi riguardanti l'apparato respiratorio (tosse, raffreddore, in genere sintomi influenzali, etc.).

I/We have no symptoms affecting the respiratory system (cough, cold, generally flu symptoms, etc.).

Ich/Wir haben keine Atemweg- Symptome (Husten, Erkältung, allgemein Grippe-symptome usw.).

Non sono/siamo stati sottoposto/i alla misura della quarantena ovvero di non sono/siamo risultato/i positivo/i al COVID-19.

I declare / declare that I am not subjected to the quarantine measure or that I am not tested positive for COVID-19.

Ich/Wir wurden nicht der Quarantänemaßnahme unterzogen und ich bin/wir sind nicht positiv auf COVID-19 getestet worden.

Non ho/abbiamo avuto "contatti stretti" con un soggetto positivo al Covid-19 negli ultimi 14 giorni.

I have/ We have not had "close contacts" with a positive subject at Covid-19 in the last 14 days.

Ich/ wir haben in den letzten 14 Tagen keine "engen Kontakte" mit Covid-19 positiven Personen gehabt.

Cisano, ____ / ____ / _____

Nome e cognome / Name and surname / Vorname und Nachname

Firma del dichiarante