



# QUESTURA DI PALERMO

Ufficio Immigrazione

## Déclaration de responsabilité

(Du familial/ compagnon/ CTP)

Afin de réduire le risque d'infection par le SARS-COV-2,

le/la soussigné/e

\_\_\_\_\_ né/e \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_ et résident en \_\_\_\_\_

DÉCLARE (conformément au D.P.R n° 445 du 28/12/2000):

- ne pas être mis en quarantaine comme ayant une infection par COVID19;
- ne pas vivre avec des personnes en quarantaine en raison d'une infection par COVID19 ;
- ne pas avoir, au cours des derniers 14 jours, fièvre  $>37,5$  °C et/ou des symptômes semblable à la grippe (toux, eternuements, mal de gorge, écoulement nasal, difficultés respiratoires, vomissements, diarrhée, conjonctivite, fatigue profuse, douleurs articulaires, perte de goût et/ou d'odeurs);
- ne pas avoir subi le décès d'un membre de la famille du premier degré pour des causes inexplicées au cours des 14 derniers jours;
- ne pas provenir d'établissement de traitement et/ou ne pas avoir fréquenté les services hospitaliers COVID+ au cours des 14 derniers jours;
- ne pas avoir eu d'infection antérieure au SARS-COV-2 avec des symptômes suspects en raison de la reprise de la maladie.

Lieu: \_\_\_\_\_

Date et Signature :

\_\_\_\_\_

LE DIRECTEUR