



DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a:

NOME: COGNOME:

NATO/A A: IL/...../.....

Codice Fiscale:

RESIDENTE IN: VIA..... n°..... CELL:

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di sentirsi bene e non avere sintomi influenzali in corso come: febbre, mal di gola, raffreddore con secrezioni nasali, tosse, difficoltà respiratorie, perdita olfatto;
- di non essere sottoposto ad isolamento sanitario e non aver convissuto o essere entrato in contatto con persone sottoposte ad isolamento sanitario domiciliare;
- di non presentare rialzo di temperatura oltre 37,5° seguito misurazione odierna;
- di non aver viaggiato fuori dai confini della UE negli ultimi 14 giorni; al contrario di essere in possesso del referto del test COVID_19 PCR negativo effettuato entro e non oltre le 48 ore dal rientro.

Data e Luogo

Firma

.....

.....