



DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

e residente a _____

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea superiore a 37,5°, tosse, astenia, dispnea, mialgie nelle ultime settimane;
- di non avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da infezione da Covid-19 (familiari, luogo di lavoro o altro).

Data	Firma