



A.S.L. VC

*Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli*

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46-47 DPR 444/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

tel. _____

Residenza: _____

DICHIARA SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

di non essere soggetto a quarantena o ad isolamento fiduciario

di non avere/non avere avuto

1 – Sintomo tra:

- | | | |
|-----------|----|----|
| • Febbre | si | no |
| • Tosse | si | no |
| • Dispnea | si | no |

2 – Sintomo tra:

- | | | |
|----------------|----|----|
| • Faringodinia | si | no |
| • Rinorrea | si | no |
| • Iposmia | si | no |
| • Ageusia | si | no |
| • Diarrea | si | no |

Data _____

In fede

Firma: _____