



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art.46-47 DPR 445/2000)**

ATTIVITA' DI PREVENZIONE INFEZIONE DA COVID -19

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Tel. _____

Email _____

Residenza: _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

Di non essere soggetto a quarantena o ad isolamento fiduciario per infezione da COVID -19

Di non avere / non aver avuto nei tre giorni precedenti

1- Sintomo tra:

- Febbre sì no
- Tosse sì no
- Dispnea sì no

2- Sintomi tra:

- Faringodinia sì no
- Rinorrea sì no
- Iposmia sì no
- Ageusia sì no
- Diarrea sì no

Data _____

Firma _____