



**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 _____