



**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 \_\_\_\_\_