

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art.46-47 DPR445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

tel.

e mail

Residenza :
.....**DICHIARO 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 Sintomi tra:

- Faringodinia ☐ si ☐ no
- Rinorrea ☐ si ☐ no
- Iposmia ☐ si ☐ no
- Ageusia ☐ si ☐ no
- Diarrea ☐ si ☐ no

Data _____

Firma: _____