



Autocertificazione

Nome _____

Cognome _____

Telefono _____

E-mail _____

Dichiara sotto la propria responsabilità di non essere sottoposto alla misura di quarantena a seguito della positività al tampone per la ricerca COVID-19, di non presentare sintomi associabili al COVID-19 né di aver avuto stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Data _____

Firma _____

N.B. La presente autocertificazione dovrà essere correlata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.