

## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ATTESTA

- ✓ Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19.
- ✓ Di non aver avuto e di non avere sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali temperatura corporea superiore ai 37,5°C, tosse, astenia (spossatezza), dispnea (difficoltà respiratoria), mialgie (dolori muscolari), diarrea, anosmia (perdita dell'olfatto) e/o ageusia (perdita del gusto).
- ✓ Di non avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luogo di lavoro, ...).

In fede

\_\_\_\_\_  
(data e firma)