

Nome/Cognome:

Azienda:

Contatto telefonico:

E-mail:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 giorni;
2. Di non accusare sintomi riconducibili al COVID-19 quali, a titolo esemplificativo, temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, raffreddore e di non aver avuto contatti con persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Dichiaro di aver compilato questo modulo al meglio delle mie conoscenze.

---

FIRMA

---

NOME

---

DATA