

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Io sottoscritta \_\_\_\_\_,  
nata a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ), il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ )

DICHIARO

di NON avere:

- in data odierna una temperatura corporea maggiore di 37,5 °C;
- presentato nei 15 giorni precedenti ad oggi, sintomi riconducibili a infezione da Covid-19 (febbre, tosse, forte astenia, anosmia, ageusia);
- avuto contatti con persone che siano risultate positive al Covid-19 nei 15 giorni precedenti ad oggi.

IN FEDE