



MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

IL SOTTOSCRITTO

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Località _____ CAP _____

E-mail _____ Telefono _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R.N. 445/2000)

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere positivo al COVID-19;
- di non presentare alcun sintomo del virus;
- di non avere membri della famiglia con i sintomi del virus;
- di non essere in auto-isolamento perché venuto a contatto con una persona infetta;
- di non vivere in famiglie in auto isolamento;

Data _____

Firma
