

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto ..... nato a .....

il..... e residente a .....

in via .....

### ATTESTA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezioni da Covid 19;
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid 19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane;
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, ecc.).

Dichiaro, altresì, di aver preso visione dell'informativa privacy resa ai sensi del Reg. UE 2016/679 e disponibile presso la struttura.

In fede

Data, .....

Firma

.....