

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a.....nato/a

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

a....., Provincia..... in

via/piazza.....,n.....,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

DICHIARA

- a) Di non avere sintomi riconducibili all'infezione dal Coronavirus (SarsCov2), febbre, tosse, difficoltà respiratoria, assenza di odori/sapori, etc.;
- b) Di non essere sottoposto a misure di quarantena o isolamento domiciliare.

Data:.....

Firma per esteso e leggibile:

.....

Allego copia del documento di riconoscimento.