



Dipartimento di Prevenzione  
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA  
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

## DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

## ATTESTA

di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

di non aver avuto sintomi attribuibili 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.)

In fede

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma  
(del genitore per i minori)

\_\_\_\_\_