

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ (prov _____) residente a _____ (prov _____)

in Via _____

Codice Fiscale _____

in caso di minore

Genitore di _____ nato il _____

a _____ (prov _____) Codice Fiscale _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

alla data odierna di non essere sottoposto a misura di quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID – 19 e di non avere avuto sintomi riconducibili ad esso negli ultimi 10 giorni. Mi impegno a comunicare qualsiasi variazione circa lo stato di salute qualora dovesse mutare.

Trento li _____

Firma
