

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Cell. n. -----

DICHIARA, sotto la propria responsabilità di :

Non riportare i sintomi riconducibili a patologia Covid 19 (febbre entro i 37,5° negli ultimi tre giorni, tosse e raffreddore.

Non aver avuto contatto con persone positiva al Covid 19 negli ultimi 7 giorni.

Non essere sottoposta a quarantena per Covid 19.

Di aver ricevuto comunicazione di stare in sala con la mascherina.

Consapevole delle sanzioni penali, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o concernenti dati non corrispondenti a verità sotto la sua responsabilità, ai sensi e con le modalità di cui agli articoli 21-46-48 del DPCR 445/2000

Data _____

Firma leggibile _____