

Il sottoscritto
“consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico
ufficiale (art. 495 c.p.)”

dichiara
di essere assistito della Dott.ssa Bellazzi e di rispettare TUTTI questi 4 criteri imposti da ATS:

- 1) età compresa **tra 18 e 64 anni**
- 2) hanno manifestato sintomi simil-influenzali ma sono **asintomatici da almeno 14 giorni**
- 3) non hanno avuto evidenza di contatto con un caso di COVID-19 accertato (questi soggetti saranno chiamati direttamente da ATS)
- 4) non hanno effettuato un tampone nasofaringeo per ricerca di RNA virale di Sars-Cov2

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI DOMICILIO	
TELEFONO	
E-MAIL	
TIPO DI LAVORO	
SINTOMI AVUTI	
DATA FINE SINTOMI	

Data:

Firma leggibile