

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Tessera FIG N. \_\_\_\_\_ HCP \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- di non essere affetto da Covid-19;
- di non aver avuto contatti stretti con pazienti affetti da Covid-19;
- di non avere sintomi tali da essere riconducibile ad eventuale contagio da Covid-19 per i quali viene disposto l'obbligo di rimanere al proprio domicilio;
- di essersi sottoposto, prima dell'arrivo al Circolo, alla rilevazione della temperatura corporea, risultata non superiore a 37,5°;
- di non aver ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- di non esser rientrato in Italia provenendo da un paese estero, né di aver avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese estero, così come regolamentato dal DPCM 07/09/2020 e successive modifiche.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_