

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____
Nato il _____ a _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di non aver avuto contatti stretti con casi sospetti e/o accertati di COVID-19
- di non avere presentato febbre >37,5* negli ultimi 14 giorni
- di non aver manifestato uno **dei** seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni:
 - a) tosse secca
 - b) mal di gola
 - c) respiro corto
 - d) nausea/vomito/diarrea
 - e) congestione nasale
 - f) ageusia (perdita del gusto) o **anosmia** (perdita dell'olfatto)

di non essere un caso accertato di COVID-19

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003.

Letto, confermato e sottoscritto

Vicenza, 17/10/2021

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)