Con la sottoscrizione del presente documento si conferma di poter accedere ai luoghi di lavoro in quanto:

- Nelle ultime 24 ore né io né nessun famigliare convivente ha manifestato sintomi influenzali (tosse, febbre oltre i 37,5 gradi, congiuntivite, dolori muscolari)
- Ho misurato la temperatura ed è inferiore a 37,5°.
- Non provengo da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS e non ho avuto contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti.
- Non sono stato sottoposto a test con esito positivo all'infezione da COVID 19 (o in caso di positività ho presentato la certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone).

COGNOME E NOME	DATA	FIRMA	ENTE/DITTA