



SENIGALLIA 1

## DICHIARAZIONE (Capi)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_,

### DICHIARA

di

- a) non avere una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria o altro sintomo compatibile con COVID-19, né aver avuto tali sintomi nei 3 giorni precedenti;
- b) non essere in stato di quarantena o isolamento domiciliare;

### SI IMPEGNA INOLTRE

a comunicare tempestivamente ai propri capi/capi gruppo se compaiono sintomi assimilabili al COVID-19 nei giorni successivi allo svolgimento dell'attività e/o si è venuti a conoscenza di essere stati a contatto con una persona positiva o con sintomatologia COVID-19.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Temperatura corporea rilevata all'ingresso: \_\_\_\_\_ ° C