



Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_. (\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
matricola FIPAV n. \_\_\_\_\_  
società di tesseramento \_\_\_\_\_  
Tipo documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ATTESTA

Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.

Di non aver avuto contatti stretti (per la definizione vedi circolare 0018584-29/05/2020 del Ministero della Salute) negli ultimi 14 giorni con persone a cui è stato diagnosticato il coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).

In fede

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Firma**

Note: In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da almeno uno degli esercenti la responsabilità genitoriale

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Doc. di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma**