



ATTESTAZIONE SANITARIA CAMP 2020

Il sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
e residente ain via..... al n.....
telefono..... email.....
nella mia qualità di genitore del/della minore.....
nato/a a il.....
e residente ain via..... al n.....

ATTESTO

che, negli ultimi 20 giorni dalla data odierna, né mio figlio/a né alcun altro soggetto del nostro nucleo familiare:

- hanno sofferto di febbre;
- hanno sofferto di tosse;
- hanno sofferto di difficoltà respiratorie (dispnea);
- hanno presentato sintomi gastrointestinali;
- hanno sofferto un malessere generale (mialgia, astenia, cefalea, ecc.);
- hanno sofferto di faringite;
- hanno presentato secrezione abbondante dalle vie nasali (rinorrea);
- hanno presentato delle alterazioni dell'olfatto o del gusto;
- hanno avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19;
- sono venuti in contatto con un sospetto caso di COVID -19.

Data _____ In fede _____

ATTENZIONE: E'OBBLIGATORIO CHE VENGANO COMPILATI TUTTI I CAMPI