

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Nome: _____
Cognome: _____
Parrocchia di: _____
Comune di: _____
Nome del/della defunto/a: _____

DICHIARA

di non avere una temperatura corporea oltre i 37,5°C, di non essere attualmente sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento domiciliare fiduciario con sorveglianza sanitaria, di non avere avuto sintomi influenzali e di non essere stato a contatto con persone positive al Covid-19 nei giorni precedenti.

Le presenti dichiarazioni saranno custodite in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Luogo e data _____

Firma
