 **POLIAMBULATORIO LIFE s.r.l.**

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO PRIVATO

 Strada del Bargello,80 - 47891 DOGANA - Rep. San Marino

 Tel. 0549 909545 - Fax 0549 908459

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Dichiara sotto la propria responsabilità**

Di non presentare sintomatologia da infezione respiratoria e febbre (maggiore di 37,00 C) ,condizione che comporta l’obbligo di rimanere presso il proprio domicilio.

Di non essere sottoposto a misura di quarantena ovvero di essere risultato positivo al covid 19, condizione che comporta il divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione o dimora.

Firma del dichiarante