



ALLEGATO N. 6 AL PROTOCOLLO

Il sottoscritto	
-----------------	--

In qualità di

	CLIENTE
--	----------------

	COLLABORATORE
--	----------------------

AUTOCERTIFICA

- 1) Che non è sottoposto alla misura della quarantena a causa di riscontrata positività al COVID-19.
- 2) Che non ho avuto contatti con qualcuno che è risultato positivo/sospetto al COVID-19 negli ultimi 14 giorni.
- 3) Che non ho in corso uno dei seguenti sintomi:
 - Rialzo temperatura oltre 37,5°,
 - Tosse,
 - Peggioramento generale delle condizioni fisiche.

DICHIARA INOLTRE

che qualora nelle due settimane successive al trattamento svolto e/o ricevuto in data riscontrassi sintomatologia correlativa al corona virus (covid19) dichiaro di avvisare in tempo Studio Sinergia in modo da attuare tutte le operazioni per l'eventuale isolamento.

Data:

Firma: