



**QUESTURA DI PALERMO**  
Ufficio Immigrazione

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**  
**(del familiare/accompagnatore/CTP)**

al fine di contribuire a ridurre il rischio di contagio da SARS-COV-2, il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

DICHIARA (ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000):

- di non essere in quarantena in quanto affetto da infezione da COVID 19;
- di non convivere con persone in quarantena in quanto affette da infezione da COVID 19;
- di non aver avuto, negli ultimi 14 giorni, febbre  $\geq 37,5$  °C e/o sintomi similinfluenzali (tosse, starnuti, mal di gola, rinorrea, difficoltà respiratorie, vomito, diarrea, congiuntivite, stanchezza profusa, dolori articolari diffusi, perdita del gusto e/o dell'olfatto);
- di non aver subito il decesso di un familiare di primo grado per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni;
- di non provenire da istituti di cura e/o di non aver frequentato reparti ospedalieri COVID+ negli ultimi 14 giorni;
- di non aver avuto pregressa infezione da SARS-CoV2 con sintomi sospetti per ripresa di malattia.

Luogo \_\_\_\_\_

Data Firma \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE