



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