

SCUOLA VOLONTARI DELL'AERONAUTICA MILITARE

Il/la sottoscritto/ \_\_\_\_\_  
(grado) (cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**in relazione alle misure di contenimento della diffusione di COVID-19, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,**

**DICHIARA**

- di non accusare, né avere accusato nei 14 giorni antecedenti la presentazione, sintomi correlabili all'infezione da SARS-CoV-2;
- di non avere avuto contatti stretti con soggetti positivi per SARS-CoV-2 nei 14 giorni precedenti;
- di non essere, allo stato attuale, oggetto di quarantena o di isolamento domiciliare fiduciario;
- di non essere, allo stato attuale, in attesa di esito di tampone oro-naso-faringeo.

Si allega documento di riconoscimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_