

CERTIFICAZIONE DEL RISPETTO DA PARTE DI TUTTO IL TEAM DELLE PRESCRIZIONI SANITARIA RELATIVE AGLI ACCERTAMENTI COVID-19

Il legale rappresentante della società

DICHIARA

il rispetto da parte di tutto il Team rappresentato delle prescrizioni sanitarie relative agli accertamenti Covid-19 *(di non essere Covid+ e di non avere avuto contatti, per quanto di loro conoscenza, con persone Covid+ negli ultimi 10 giorni)* previsti dai protocolli vigenti. Dichiaro di essere il portanome per tutto il gruppo di mio riferimento e rilascio quindi i miei dati personali per eventuali comunicazioni al riguardo.

NOME	COGNOME	TELEFONO	E-MAIL

LUOGO e DATA

FIRMA