

ALLEGATO C: FAC SIMILE DI ATTESTAZIONE DI FINE QUARANTENA

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

- MMG/PLS Convenzionato con la ASL.....
Distretto.....AFT.....
- Medico di Continuità Assistenziale Convenzionato con la ASL.....
Distretto.....
- Medico dell'Emerg. Sanitaria Territoriale Convenzionato con la ASL.....
Distretto.....

DICHIARA che

il/la Sig/Sig.ra.....
Nato/a il a.....
Codice Fiscale.....
Residente in via/piazza.....n.....
CAP..... Città..... Prov.....

CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO DI CASO CoViD-19

può interrompere il periodo di QUARANTENA, in quanto

- il soggetto ha osservato un periodo di quarantena di almeno 14 giorni:
 - data inizio quarantena:
- il soggetto ha osservato un periodo di quarantena di almeno 10 giorni e ha effettuato tampone di controllo, con esito negativo:
 - data inizio quarantena:
 - data effettuazione tampone di controllo:.....

Luogo e data,

.....
Timbro e firma