



Al Datore di Lavoro
Preside/Direttore _____

Al Medico Competente Coordinatore
Prof. Giuseppe La Torre

Gentile Datore di Lavoro,

Il sottoscritto _____, matricola _____,
CF _____, in servizio presso
(Presidenza/Dipartimento/Centro/Area e Ufficio)
_____, in riferimento a quanto contenuto nella
Circolare del Ministero della Sanità n. 0051961 del 31/12/2022,

DICHIARA

- di essere risultato positivo a COVID-19 in data _____;
- che i sintomi sono insorti in data _____, oppure di essere stato sempre asintomatico;
- che sono trascorsi almeno 5 giorni sia dall'accertamento della positività sia dall'insorgenza dei sintomi;
- di non avere alcun sintomo influenzale e/o riconducibile a COVID-19 da almeno 2 giorni.

Data _____

Firma _____