

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE VERDE

Il sottoscritto: _____

Nato a: _____ il: _____ Tel: _____

Al fine di poter accedere ai reparti di degenza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di aver completato il ciclo vaccinale di 2 dosi per i vaccini in cui sono previste due dosi, o di una dose per i vaccini in cui è prevista una dose, da meno di nove mesi.
- di essere guarito dall'infezione da SARS-Co V-2 da meno di sei mesi
- di aver effettuato un test molecolare o antigenico con risultato negativo nelle ultime 48 ore

(barrare la casella pertinente)

Firma: _____