

\_\_\_\_\_ , li' \_\_\_\_\_

## CERTIFICATO

**Il/La Sig/Sig.ra** \_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

non presenta segni o sintomi clinici di malattie infettivo-contagiose e/o diffusive.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per riprendere l'attività lavorativa nel settore alimentare.

**Dr.** \_\_\_\_\_