



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

### CERTIFICAZIONE DI GUARIGIONE CLINICA DA COVID-19

Il sottoscritto MMG/PLS .....  
certifica che il proprio assistito, sig./sig.ra

Nome	
Cognome	
CF	
Nato/a il:	
Residente/domiciliato a:	

alla data odierna **non presenta** nessuno dei seguenti sintomi:

- Febbre
- Dispnea
- Mal di gola
- Rinorrea
- Tosse
- Cefalea
- Congiuntivite
- Diarrea
- Emottisi

e che il paziente dichiara di essere asintomatico da almeno 4 giorni.

Luogo e Data

Timbro e firma

**Nota : il paziente deve recarsi alla data concordata telefonicamente al numero 800651941 con questo documento presso l'ambulatorio medico del piano seminterrato di P.le Milano 2 . Si sottolinea che la sua quarantena effettiva avrà termine solo dopo aver avuto l'esito di negatività dei tamponi.**