

Al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP

TRAPANI

Oggetto: **durata e termine dell'isolamento e della quarantena –**

prot. 35605 del 15/10/2020 – **caso positivo a lungo termine**

Certifico che il / la Sig.

nato a

e residente a

risultato positivo a test molecolare

SARS -Covid 2 sin dal

,asintomatico/a da più di una

settimana (dal

)

potrà interrompere l'isolamento domiciliare

perché già trascorsi i 21 giorni previsti dal provvedimento del Ministero della

Salute 0032850 del 12/10/2020 – DGPRE-DGPRE-1.

Si allega autocertificazione dell'interessato/a

..... Il