…………INTESTAZIONE OPERATORE SHIATSU……….

**Dichiaro di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al covid-19**

**Dichiaro di essere in buone condizioni di salute e di non manifestare sintomi influenzali o febbre superiore ai 37,5°**

**Dichiaro di aver preso visione che i locali e le misure igienico-comportamentali adottate dall’operatore shiatsu sono adeguate a contrastare la diffusione del covid-19**

…..compilare a cura del cliente….

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_