

AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi del DPR 445/2000)

Il sottoscritto

COGNOME				NOME
Codice fiscale, STP ENI				
Data e luogo di nascita			Sesso	M F
Domicilio	Via		Città	
Telefono fisso		Telefono mobile		
E-mail				
Presto il consenso alla trasmissione a mezzo posta elettronica del referto	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
Professione				
Nome del MEDICO o della Struttura richiedente e Recapito telefonico				
Patologie Croniche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI QUALI		
SOGGIORNO o TRANSITO NEGLI UTIMI 14 gg IN GRAN BRETAGNA, IRLANDA DEL NORD, SUD AFRICA E/O BRASILE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI QUANDO		

Consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità

DICHIARA

di trovarsi nelle condizioni previste dalla Delibera di Giunta Regionale del 21 ottobre 2020 n. 1705

DI ESSERE ASINTOMATICO

DI NON ESSERE IN QUARANTENA

DI RICHIEDERE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE SARS CoV-2	
<input type="checkbox"/>	CON TECNICA MOLECOLARE PER LA RICERCA SARS-CoV-2
<input type="checkbox"/>	CON TECNICA RAPIDA PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL SARS-CoV-2
	per:
<input type="checkbox"/>	MOTIVI DI LAVORO
<input type="checkbox"/>	MOTIVI DI VIAGGIO
<input type="checkbox"/>	RICHIESTE NON CORRELATE A ESIGENZE CLINICHE O DI SALUTE PUBBLICA GIA' DISCIPLINATE DAI PROVVEDIMENTI NAZIONALI E REGIONALI

Data, _____ *Firma* _____