

**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 E/O IRLANDA DEL NORD	<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

<input type="checkbox"/>	DI ESSERE ASINTOMATICO
<input type="checkbox"/>	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** _____