

## AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi del DPR 445/2000)

Il sottoscritto

<b>COGNOME</b>				<b>NOME</b>
<b>Codice fiscale, STP ENI</b>				
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

<b>DI RICHIEDERE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE SARS CoV-2</b>	
<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* \_\_\_\_\_