

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ESECUZIONE
TAMPONE ANTIGENICO COVID-19/ TEST SIEROLOGICO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. _____), cittadinanza _____ e

residente a _____ (Prov. _____) in via _____

Codice Fiscale _____

Medico curante _____

Note cliniche (febbre, tosse, altri sintomi) _____

Esame richiesto:

TAMPONE ANTIGENICO

TEST SIEROLOGICO

Vaccinazione Eseguita

SI

NO

in data ____/____/____

N. telefono _____

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia e di richiedere l'esecuzione di un tampone antigenico rapido SARS Cov-2/test sierologico per una delle seguenti motivazioni:

- a) Per motivi di lavoro;
- b) Per motivi di viaggio;
- c) Per richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica già disciplinate dai provvedimenti nazionali e regionali.

Inoltre si da consenso al trattamento dei dati sensibili in ottemperanza al decreto legge 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (Codice della privacy).

(luogo e data)

FIRMA _____