

AUTOCERTIFICAZIONE ai sensi del DPR n. 445/2020

Il sottoscritto:

Cod. fiscale/ STP/ ENI		Nazionalità	
Nome		Cognome	
Data nascita		Luogo nascita	
Domicilio	Via/piazza/vico	Città	
e-mail		Telefono	
n° documento			

In caso di minore: in qualità di padre/madre/tutore legale di _____

nato il ___/___/___ a _____ provincia di _____,

residente in _____ provincia di _____)

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 e/o convivente di una persona in quarantena.

DICHIARA

Di aver letto e compreso l' informativa sanitaria e di aver avuto modo di parlare con un operatore sanitario per ricevere eventuali ulteriori informazioni a riguardo.

RICHIEDE

l' esecuzione del tampone antigenico per la ricerca del Sars-CoV-2 per:

- Motivi di lavoro
- Motivi di viaggio
- Richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica già disciplinate dai provvedimenti nazionali regionali

Data: ___/___/___

Firma: _____

INFORMATIVA SANITARIA PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO DI TERZA GENERAZIONE PER LA RICERCA DEL SARS-COV-2

COVID-19 è la sigla per *CO*rona *VI*rus *DI*s ease 2019, ovvero la malattia causata dal nuovo corona virus *SARS-CoV2*. Il tampone antigenico di terza generazione:

- Permette di verificare la presenza dell'antigene virus e quindi la possibilità di contagiare altre persone;
- Non permette di definire informazioni in merito allo stato immunologico, cioè sulla presenza di difese immunitarie contro il virus.

TRIAGE

1) Ha mai effettuato un test molecolare e/o test antigenico per la ricerca del *SARS-CoV2*?

Sì	No
----	----

2) È mai risultato positivo per la ricerca del *SARS-CoV2*?

Sì, in data ___/___/___	No
-------------------------	----

3) Ha recentemente soggiornato all'estero negli ultimi 15 giorni?

Sì, presso _____	No
------------------	----

4) Ha avuto, negli ultimi 14 giorni, un contatto a rischio con un caso sospetto o confermato di infezione da *SARS-CoV2*?

Sì, in data ___/___/___	No
-------------------------	----

5) Negli ultimi 14 giorni, ha avuto uno o più dei seguenti sintomi?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Temperatura superiore a 37.5° | <input type="checkbox"/> Disturbi gastrointestinali |
| <input type="checkbox"/> Tosse e/o mal di gola | <input type="checkbox"/> Alterazione del gusto/olfatto |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria | <input type="checkbox"/> Dolori Muscolari e spossatezza |

6) È affetto da patologie croniche?

Sì, _____	No
-----------	----

Data: ___/___/___

Firma: _____