

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 dal decreto legge n. 229/2021 del 30 dicembre 2021:

- Di essere asintomatico;
- Di non essere 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:

- Motivo non sanitario (914)
- Accertamento per contatto stretto asintomatico (902)
- Accertamento guarigione (903)

Data: ___/___/___

Firma: _____

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

COVID-19 è la sigla per **CO**rona **VI**rus **D**isease 2019, ovvero la malattia causata dal nuovo corona virus *SARS-CoV2*. Il tampone antigenico:

- Permette di verificare la presenza dell'antigene virale 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) Si è sottoposto al vaccino anti COVID-19?

Sì, <input type="checkbox"/> I dose / <input type="checkbox"/> II dose / <input type="checkbox"/> III dose in data ___/___/___	No
---	----

2) Negli ultimi 15 giorni, ha mai effettuato un test molecolare e/o antigenico per la ricerca del *SARS-CoV2*?

Sì, con esito <input type="checkbox"/> POSITIVO / <input type="checkbox"/> NEGATIVO in data ___/___/___	No
--	----

3) Negli ultimi 7 giorni, ha avuto un contatto a rischio con un caso sospetto o confermato di infezione da *SARS-CoV2*?

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

4) Negli ultimi 7 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 |

Data: ___/___/___

Firma: _____