

DICHIARAZIONE
PER ESECUZIONE TEST ANTIGENICI PER FINE CONTUMACIA E FINE QUARANTENA
presso Farmacie e Strutture sanitarie accreditate e abilitate ai test antigenici

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio <i>(se diverso da residenza)</i>	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E mail	

In qualità di genitore/tutore di *(da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)*:

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

DICHIARO

che il test antigenico viene richiesto in quanto sono

<input type="checkbox"/>	1. CASO COVID 19 ASINTOMATICO DA ALMENO 3 GIORNI
<input type="checkbox"/>	2. CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO, GIÀ PRESO IN CARICO DALL'IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Compilare la sezione dedicata

1. CASO COVID 19 ASINTOMATICO DA ALMENO 3 GIORNI	
<input type="checkbox"/>	- Vaccinato con dose BOOSTER (dose aggiuntiva al ciclo primario) Test dal 7° giorno
<input type="checkbox"/>	- Vaccinato con ciclo primario completato (due dosi o dose unica a seconda del tipo di vaccino) da meno di 120 giorni
<input type="checkbox"/>	- Tutti gli altri Test dal 10° giorno
<i>(scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)</i>	
E	
<input type="checkbox"/>	Già preso in carico dal SSR, con appuntamento per test oltre i termini previsti (7 o 10 giorni)
<input type="checkbox"/>	Non ancora preso in carico dal SSR o senza appuntamento per il test
<i>(scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)</i>	

2. CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO, GIA' PRESO IN CARICO DALL'IGIENE E SANITA' PUBBLICA

- Vaccinato con ciclo primario completato (due dosi o dose unica a seconda del tipo di vaccino) da più di 120 giorni, con green pass valido Test dal 5° giorno
- Guarito da più di 120 giorni, con green pass valido

- Vaccinato con ciclo vaccinale primario non completo (no 2° dose) o con ciclo vaccinale primario completato da meno di 14 giorni Test dal 10° giorno
- Non vaccinato

(scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

In caso di dichiarazione mendace o falsa attestazione, oltre quanto previsto sopra, verrà richiesto il pagamento del test.

Data _____ Firma _____