

**EFFETTUAZIONE DI TAMPONE ANTIGENICO PER SARS COV-2 IN FARMACIA/STRUTTURA SANITARIA
AUTORIZZATA DEL CASO COVID-19 PER FINE QUARANTENA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

La/Il sottoscritta/o _____ (nome e cognome), nata/o il _____
a _____,
residente in Comune _____, in via/piazza _____, n. _____,
documento identificativo n. _____

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall'articolo 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA di essere identificato dal Dipartimento di prevenzione competente "contatto stretto di caso COVID-19"

Non vaccinato; oppure vaccinato/guarito da più di 120 giorni senza booster; oppure vaccinato con ciclo incompleto (una sola dose su due previste), oppure vaccinato da meno di 14 giorni

e quindi di sottoporsi a TAMPONE A 5 GIORNI DALL'ULTIMO CONTATTO CON POSITIVO per fine quarantena

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma
