FUMO S.R.L. Laboratorio Analisi
Chimica clinica - Ematologia ed Emocoagulazione - Microbiologia e Sierologia
Immunoematologia - Biochimica e tossicologia - Biologia molecolare - Genetica
Citologia - Citoistopato

Via Milano,60
71010 Lesina (Fg)
Tel. 0882.991690
Mail:laboratoriofumo@libero.it

AUTOCERTIFICAZIONE PER ESECUZIONE TAMPONE ANTIGENICO COVID-19

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) _____

N. telefono_____email_____

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000 e come previsto dalla Deliberazione della Giunta della Regione Puglia del 21 ottobre 2020, n.1705

Soggetto esente: ☐

I cittadini con disabilità o in condizione di fragilità che non possono e$ettuare la vaccinazione anti SARS-CoV-2 a causa di patologie ostative certificate ai sensi dell'art. 34, comma 9–quater, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106.

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 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).

_____ FIRMA _____

(luogo e data)

Per minori o incapaci All.3

,MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO NELLA STRUTTURA SANITARIA
PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI VERDI COVIOD-19

Il/La sottoscritto/a_____nato/a il_____

a_____(Prov._____), cittadinanza_____e

residente a_____(Prov._____) in via_____

Documento di riconoscimento _____N°
In qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di _____
nato a_____ il_____
acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV -2.

Firma _____ data _____