

**AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL DPR N.445/2000  
CONSENSO INFORMATO PER LA ESECUZIONE DEL TAMPONE  
RICERCA SARS-Cov-2 Antigene**

Il/La \_\_\_\_\_

Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C. F. o passaporto \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste dal DPR 445/2000 in relazione a dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

di non essere stato preso/a in carico dalle Autorità Sanitarie a seguito di segnalazione;

di non essere stato posto in quarantena

di voler eseguire il tampone rino-faringeo per la ricerca SARS-Cov-2 Antigene per il seguente motivo :

a scopo preventivo

motivi di lavoro

a scopo di viaggio

Dichiara inoltre di essere stato informato di dover effettuare il TAMPONE per la ricerca SARS-Cov-2 Antigene, che è utilizzato non a scopo diagnostico. In caso di positività, sarà informato anche il proprio medico curante nonché il Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della territorialmente competente per i provvedimenti consequenziali ivi compresa la prescrizione della esecuzione del tampone molecolare.

In merito:

accetta che gli venga eseguito il tampone ricerca antigene

non accetta di essere sottoposto al tampone ricerca antigene.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato o di chi ne fa le veci  
\_\_\_\_\_

SE SI DESIDERA IL GREEN PASS TAMPONE INDICARE:

ULTIME 8 CIFRE DELLA TESSERA SANITARIA : \_\_\_\_\_

D

A

T

A

S