



FARMACIA

CHECKLIST PER L'ACCESSO al test antigenico rapido nasale (tampone rapido)

Il sottoscritto _____
nato il ___/___/___ a _____ (____)
codice fiscale _____
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____
utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali previste
in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che negli ultimi 10 gg:

- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- Non è rientrato in Italia da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Data e ora

Firma del dichiarante
