

**COVID-19: PERCORSO REGIONALE DI SEMPLIFICAZIONE DELLE CHIUSURE DELLE CONDIZIONI DI
QUARANTENA E DI ISOLAMENTO**

AUTOCERTIFICAZIONE CITTADINO

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

CODICE FISCALE _____

dichiaro di avere ricevuto dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di

documento/comunicazione di

di inizio quarantena

di inizio isolamento

rilasciato in data

e di avere eseguito gratuitamente (a carico del Servizio Sanitario Regionale) in data

.....

il tampone antigenico rapido nasale presso la Farmacia

previsto per valutare la chiusura della condizione dello stato di cui sopra.

Firma _____

Data _____