

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....  
indirizzo di residenza .....  
numero di telefono. .... E-mail: .....  
con documento d'identità n. .... rilasciato da: .....  
in data: ..... / ..... / ..... codice fiscale: ..... medico di base: .....

**per sé stesso oppure in qualità di legale rappresentante di:**

- sotto la sua personale responsabilità, ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;

cognome e nome: .....  
nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....  
indirizzo di residenza .....  
numero di telefono. .... E-mail: .....  
con documento d'identità n. .... rilasciato da: .....  
in data: ..... / ..... / ..... codice fiscale: ..... medico di base: .....

**DICHIARA**

- la presenza dei seguenti sintomi:  ASINTOMATICO  PAUCI-SINTOMATICO  LIEVE  
 SEVERO  CRITICO  GUARITO data inizio sintomi: .....
- che è in stato di gravidanza:  SI  NO data presumibile del parto: .....
- di essersi già sottoposto ad altri esami con Tampone Sars-CoV-2:  SI N. ....  NO;
- di aver ricevuto le informazioni relative al TEST e molecolare;
- di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 ed in particolare di aver compreso che ai sensi di quanto disposto dall'Unità di Crisi Regionale con circolare n. UC/2020/0002748 del 07/10/2020 **il laboratorio ha l'obbligo di inserire gli esiti dell'esame nel sistema informatico della Regione Campania Web APP tracciatura TEST TAMPONI**
- di aver compreso che in caso di positività al Sars-CoV-2 dovrà informare tempestivamente il proprio medico di base e osservare l'isolamento domiciliare;

ACCONSENTE  NON ACCONSENTE

all'esecuzione del TEST MOLECOLARE

**In caso di minore e di affidamento congiunto, dichiara che l'altro genitore/affidatario è a conoscenza ed acconsente ad effettuare il suddetto TEST**

Data .....

Firma del resp. sanitario

Firma del paziente

.....

.....