

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

.....

.....