



**RICHIESTA DI ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO PER
L'INGRESSO DI VISITATORI/FAMILIARI**

IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI

ai sensi dell'Ordinanza Ministro della Salute 8/05/2021 di approvazione delle Linee Guida richiamate dall'art. 1 bis L. 28/05/2021 n. 76

(da consegnare al momento dell'esecuzione del test)

Il/la Sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Documento di Identità _____ N° _____

Tel. Cellulare _____

Nato/a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) in _____ n° _____

domiciliato (se diverso da residenza) a _____ (____) in _____
n° _____

richiede l'esecuzione di tampone antigenico rapido per l'identificazione di SARS-CoV-2 a carico del Servizio Sanitario Regionale.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di avere prenotato per il giorno _____ un accesso, in qualità di visitatore/familiare di ospite/paziente, presso la struttura (indicare il nome della struttura):

_____ con sede in via _____

Comune _____ Prov. _____.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante _____