

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

## DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORE O INCAPACE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

(barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

- Ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano).
- È stato in ambiente chiuso (per esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri.
- Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
  - È di ritorno da un paese di quelli ritenuti dalla Regione Veneto potenzialmente pericolosi per cui dovrebbe essere sottoposto a quarantena cautelativa;
- Ha ricevuto esito di positività al tampone rapido o molecolare per COVID-19.

Dichiaro di essere stato informato che l'esito del tampone, sia esso positivo o negativo, sarà comunicato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente.

Presto il consenso all'esecuzione del TAMPONE NASOFARINGEO MOLECOLARE

 Sì No

Nota bene: il mancato consenso a quanto sopra impedirà l'esecuzione del tampone.

Data

Firma del paziente \_\_\_\_\_

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato da SE.FA.MO.SRL per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità.