

Il sottoscritto **COGNOME** _____ **NOME** _____

Codice Fiscale / STP / ENI: _____ **Documento d'identità** _____

Nato a _____ **Provincia** _____ **il** ____/____/____ **Nazionalità** _____

Residente in _____ **Provincia** _____

alla Via/Corso/Piazza _____ **n°** _____

Cell _____ **e-mail*** _____

(*Compilare solo se si autorizza e desidera il ritiro online)

Medico Curante e Telefono _____

Solo in caso di minore (<16 anni) compilare i seguenti campi:

COGNOME e NOME del minore _____

Nato a _____ **Provincia** _____ **il** ____/____/____ **CF:** _____

Medico Curante e Telefono _____

1) Hai mai effettuato un test molecolare e/o test antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2?

SI	NO
----	----

2) È mai risultato positivo per la ricerca del SARS-CoV-2?

Si, in data ____/____/____	NO
----------------------------	----

3) Ha recentemente soggiornato all'estero negli ultimi 15 giorni?

Si, presso _____	NO
------------------	----

4) Ha avuto, negli ultimi 14 giorni, un contatto a rischio con un caso sospetto o confermato d'infezione da SARS-CoV-2?

Si, in data ____/____/____	NO
----------------------------	----

5) Negli ultimi 14 giorni, ha avuto uno o più dei seguenti sintomi?

Temperatura superiore a 37,5°

Disturbi gastrointestinali

Tosse e/o mal di gola

Alterazione del gusto/olfatto

Difficoltà respiratoria

Dolori muscolari e spossatezza

6) È affetto da patologie croniche?

Si, _____	NO
-----------	----

7) Ha una gravidanza in corso?

SI	Non noto	NO
----	----------	----

Consapevole delle responsabilità e sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. 445/00:

- di trovarsi nelle condizioni previste dalla Delibera di Giunta Regionale del 21 ottobre 2020 n. 1705 e s.m.i.
- di ESSERE ASINTOMATICO
- di aver letto e compreso l'informativa sanitaria per Sars-CoV-2 e di aver avuto modo di parlare con un operatore sanitario per ricevere eventuali ulteriori informazioni a riguardo

RICHIESTE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE

ANTIGENICO RAPIDO

MOLECOLARE PCR

Per motivi di

Lavoro, Eventi

Viaggio

Guarigione

RICHIESTE NON CORRELATE A ESIGENZE CLINICHE O DI SALUTE PUBBLICA GIA' DISCIPLINATE DAI PROVVEDIMENTI NAZIONALI E REGIONALI
--

AUTORIZZA ANALISI SAVINO S.R.L. al trattamento dei dati personali e, in caso di esito Positivo, ad adempiere agli obblighi di legge.

Modugno, _____

Firma _____

**PORTARE FOTOCOPIA DEL
DOCUMENTO DI IDENTITA' IN
CORSO DI VALIDITA'**