

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art.47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DATA E ORARIO PRENOTAZIONE \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_ tel.Medico \_\_\_\_\_

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della collettività

**DICHIARA**

di volere effettuare il test SARS-CoV-2

- rapido immunocromatografico
- in microfluidica con lettura in fluorescenza (terza generazione)
- molecolare (real time P.C.R.)

per esigenze non correlate a motivazioni cliniche o di salute pubblica.

Con la presente dichiarazione, AUTORIZZA IL LABORATORIO, in caso di positività al test, ad inviare comunicazione ufficiale al proprio Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) nonché il servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione competente affinché siano assunti i provvedimenti consequenziali ivi compresa la prescrizione dell'esecuzione del test molecolare.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, di essere informato, ai sensi del Reg. UE 2016/79 (DGPR) che i dati personali raccolti, saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Paziente (o chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_