



CLINICA FORNACA DI SESSANT

**DIREZIONE SANITARIA**

**Autorizzazione al test per Coronavirus (2019-nCoV)**

**Il sottoscritto:**

Cognome e Nome:....., data di nascita:...../...../.....

Residenza: via .....

Comune....., Pr. ...., CAP: ..... Contatto telefonico: .....

C.F. .... Documento d'identità (tipo) ..... n° .....

**Nominativo del medico di medicina generale** ..... Tel./cel.....

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE  
PENALI PREVISTE IN CASI DI DICHIARAZIONI MENDACI**

**(D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)**

→ DI NON ESSERE STATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI IN PAESI PER I QUALI È PREVISTO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO;

→ DI NON AVER MANIFESTATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI SINTOMI COMPATIBILI CON INFEZIONE COVID (ad esempio: almeno 1 sintomo tra: tosse, dispnea (difficoltà respiratorie), alterazione del gusto/olfatto (in assenza di rinite) o almeno 2 sintomi tra: rinite, faringodinia, mialgie/astenia, nausea/vomito/diarrea) o di NON ESSERE STATO A CONTATTO STRETTO SENZA DPI NELLE ULTIME 2 SETTIMANE CON UN CASO CONFERMATO DI CORONAVIRUS);

DI AVER SOGGIORNATO O TRANSITATO IN BELGIO, FRANCIA, PAESI BASSI, REGNO UNITO DI GRAN BRETAGNA E IRLANDA DEL NORD, REPUBBLICA CECA O SPAGNA\*, NEGLI ULTIMI 14 GIORNI (dal..... al .....);

DI AVERE NECESSITÀ DI ESEGUIRE IL TAMPONE PER MOTIVI PROFESSIONALI

DI AVERE NECESSITÀ DI ESEGUIRE IL TAMPONE PER MOTIVI PERSONALI NON RICONDUCIBILI AL MIO STATO DI SALUTE

**DICHIARO CHE SEGNERÒ TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO DI MEDICINA  
GENERALE O DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE L'EVENTUALE INSORGENZA DI  
SINTOMI E IN ATTESA DELL'ESITO DELL'ESAME MI SOTTOPORRÒ AD ISOLAMENTO  
FIDUCIARIO**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\* decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125