

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE FINALIZZATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS PRESSO LA FARMACIA .....**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

dichiaro

- di non presentare attualmente sintomi riconducibili a potenziale infezione da Covid-19 (es. sintomatologia respiratoria, anosmia, ageusia);
- di confermare le precedenti dichiarazioni anche a valere per il minore (Cognome e nome) \_\_\_\_\_ di cui si richiede esecuzione del test.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_