

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 non essere a conoscenza di aver avuto contatti stretti nei 10 giorni precedenti la data odierna con soggetti a cui è stata diagnosticata infezione da Covid 19;
- di confermare le precedenti dichiarazioni anche a valere per il minore (Cognome e nome) _____ di cui si richiede esecuzione del test.

Firma _____ Data _____