

**RICHIESTA DI ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO PER L'INGRESSO DI
VISITATORI/FAMILIARI
IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI
ai sensi dell'Ordinanza Ministro della Salute 8/05/2021
(da consegnare al momento dell'esecuzione del test)**

Il/la
Sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____ Documento di Identità _____
N° _____

Nato/a _____ a _____ (_____)
il ____/____/____

residente a _____ (_____) in
_____ n° _____

richiede l'esecuzione di tampone antigenico rapido per l'identificazione di SARS-CoV-2 a carico del Servizio Sanitario Regionale.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di avere prenotato per il giorno _____ un accesso, in qualità di visitatore/familiare di
ospite/paziente, presso la struttura *(indicare il nome della struttura)*:

_____,

con _____ sede _____ in _____ via _____
_____ Comune _____,

Prov. _____.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del
Dichiarante _____