

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000
Esecuzione gratuita di test rapidi

Uscita da Isolamento o da Quarantena individuale (Assistiti con età \geq 18 anni)

Il/La sottoscritto/a _____, nato /a il ____ . ____ . ____
a _____ (____), codice fiscale _____ residente in
_____ (____), via _____
_____ e domiciliato/a in _____ (____), via
_____, identificato/a a mezzo
_____ nr. _____, rilasciato da
_____ ¹ in data ____ . ____ . ____, utenza telefonica
_____, consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per
eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di essere in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ed in particolare dal _____ (gg/mm/aaaa).**
- **di essere a conoscenza dei chiarimenti sulle quarantene per i contatti di un caso e sull'isolamento per i soggetti positivi pubblicati dalla Regione Piemonte al seguente link:**

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/coronavirus-piemonte/chiarimenti-sulle-quarantene-per-contatti-un-caso-sullisolamento-per-soggetti-positivi>

- **che l'esecuzione gratuita di test rapidi è entro il numero massimo previsto dalle disposizioni regionali, in particolare la richiesta è:**

- per motivi di fine isolamento:** Primo Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche regionali previste. **Provvedimento numero:** _____
- per motivi di fine isolamento:** Secondo Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche regionali previste, a seguito di positività accertata nel precedente tampone di guarigione. **Provvedimento numero:** _____
- per motivi di fine quarantena individuale:** Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche previste. **Provvedimento numero:** _____

Data, ora e luogo della dichiarazione

Firma del dichiarante

L'Operatore della Struttura/Farmacia

¹ *Allegato: copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante*