

**DICHIARAZIONE**  
**PER ESECUZIONE TEST ANTIGENICI PER FINE CONTUMACIA E FINE QUARANTENA**  
presso Farmacie e Strutture sanitarie accreditate e abilitate ai test antigenici

Io sottoscritto/a	
Nato a	
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E mail	

In qualità di genitore/tutore di (da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo):

Nome e cognome	
Nato a	
Codice fiscale	

**DICHIARO**

che il test antigenico viene richiesto in quanto sono

<input type="checkbox"/>	<b>1. CASO COVID 19 ASINTOMATICO DA ALMENO 3 GIORNI</b>
<input type="checkbox"/>	<b>2. CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO, GIÀ PRESO IN CARICO DALL'IGIENE E SANITA' PUBBLICA</b>

*Compilare la sezione dedicata*

<b>1. CASO COVID 19 ASINTOMATICO DA ALMENO 3 GIORNI</b>	
<input type="checkbox"/>	- Vaccinato con dose BOOSTER (dose aggiuntiva al ciclo primario) <span style="float: right;">Test dal 7° giorno</span>
	- Vaccinato con ciclo primario completato (due dosi o dose unica a seconda del tipo di vaccino) da meno di 120 giorni
<input type="checkbox"/>	- Tutti gli altri <span style="float: right;">Test dal 10° giorno</span>
<i>(scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)</i>	
<b>E</b>	
<input type="checkbox"/>	Già preso in carico dal SSR, con appuntamento per test oltre i termini previsti (7 o 10 giorni)
<input type="checkbox"/>	Non ancora preso in carico dal SSR o senza appuntamento per il test
<i>(scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)</i>	

**2. CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO, GIA' PRESO IN CARICO DALL'IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

- |                          |   |                     |
|--------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Vaccinato con ciclo primario completato (due dosi o dose unica a seconda del tipo di vaccino) da più di 120 giorni, con green pass valido</li><li>- Guarito da più di 120 giorni, con green pass valido</li></ul> | Test dal 5° giorno  |
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Vaccinato con ciclo vaccinale primario non completo (no 2° dose) o con ciclo vaccinale primario completato da meno di 14 giorni</li><li>- Non vaccinato</li></ul>   | Test dal 10° giorno |
- (scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)*

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

In caso di dichiarazione mendace o falsa attestazione, oltre quanto previsto sopra, verrà richiesto il pagamento del test.

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