



CHECKLIST PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

(scrivere in stampatello leggibile)

Il sottoscritto _____,
nato il ___/___/_____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____
Codice fiscale _____ Numero di telefono _____

Da compilare per altri paesi (passaporto/ carta identità)

Documento _____ N° identificativo documento _____

(Da compilare solo in caso sia un minore ad eseguire il test)

- In qualità di genitore del minore _____

- CODICE FISCALE MINORE _____

nato il ___/___/_____ a _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale
(art. 495 c.p.)

Si sottolinea che possono eseguire il test antigenico rapido nasale in farmacia
convenzionata **unicamente le persone senza sintomi di COVID-19**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

(barrare tutte le caselle)

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

RAVENNA _____

Data e ora

Firma del dichiarante