

**COVID-19: PERCORSO REGIONALE DI SEMPLIFICAZIONE DELLE CHIUSURE
DELLE CONDIZIONI DI ISOLAMENTO****AUTOCERTIFICAZIONE**

| | |
|---|-----------------------------|
| Dichiarazione sostitutiva di certificazioni/dell'atto di notorietà (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) | |
| La/Il sottoscritta/o | |
| Nata/o a | (Prov.) il .. / .. / |
| Residente in | |
| Documento di riconoscimento | |
| CODICE FISCALE | |
| Telefono cellulare: | |
| con assistenza sanitaria presso l'Azienda USL di | |
| a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità: | |
| D I C H I A R A | |
| che tutte le informazioni di seguito riportate sono veritiere. | |
| Letto, confermato e sottoscritto. | La/il dichiarante |
| Data .. / .. / | |

DICHIARO

di essere stato posto

 in isolamento

in data .. / .. /

dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di

(tamponamento che ha rilevato la positività eseguito in data .. / .. /

presso _____)

di

- AVERE RICEVUTO in data .. / .. / relativo documento/comunicazione (anche tramite SMS), da parte della stessa AUSL
- NON AVERE ANCORA RICEVUTO documento/comunicazione da parte della stessa AUSL

di avere eseguito in data .. / .. / gratuitamente (a carico del Servizio Sanitario Regionale) il tampone antigenico rapido nasale previsto per valutare la chiusura della condizione dello stato di cui sopra presso la Farmacia _____ e di avere ricevuto la stampa di detto esito.

Firma _____

Data _____