

**EFFETTUAZIONE DI TAMPONE ANTIGENICO PER SARS COV-2 IN FARMACIA/STRUTTURA SANITARIA
AUTORIZZATA DEL CASO COVID-19 PER FINE QUARANTENA CITTADINI MINORI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

La/Il sottoscritta/o _____ (nome e cognome), nata/o il _____
a _____,
residente in Comune _____, in via/piazza _____, n. _____,
documento identificativo n. _____

Genitore/tutore legale/amministratore di

nome e cognome _____, nata/o il _____
a _____,
residente in (comune) _____, in via/piazza _____, n. _____,

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall'articolo 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA che il minore è stato identificato dal Dipartimento di prevenzione competente "contatto stretto di caso COVID-19"

Non vaccinato; oppure vaccinato/guarito da più di 120 giorni senza booster; oppure vaccinato con ciclo incompleto (una sola dose su due previste), oppure vaccinato da meno di 14 giorni

e quindi può sottoporsi a TAMPONE A 5 GIORNI DALL'ULTIMO CONTATTO CON POSITIVO per fine quarantena

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, si informa che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'Amministrazione regionale eseguirà un monitoraggio dei tamponi effettuati per verificare eventuali abusi.

Luogo e data

Firma
