



FARMACIA

CHECKLIST PER L'ACCESSO al test antigenico rapido nasale (tampone rapido) e/o al test sierologico presso le Farmacie aderenti a Federfarma Forlì-Cesena

Il sottoscritto _____

nato il ___/___/___ a _____ (_____)

residente in _____ (_____), via _____

e domiciliato in _____ (_____), via _____

utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali
previste in casodi dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che negli ultimi 10 gg:

- Non ha avuto un contatto stretto con paziente COVID;
- Non ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro, ..);
- Non ha ricevuto disposizioni di isolamento fiduciario o di quarantena;
- Non è rientrato in Italia da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia, Malta e Spagna, nè ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese extraUE, extra Schengen, Croazia, Grecia Malta e Spagna.

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).

Data e ora

Firma del dichiarante
