



Farmacia Fiorita
via Roncofreddo 20
Cesena, 47521
0547327341
P.I.02648570402

Si prega di compilare il modulo in stampatello e in modo leggibile

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

TAMPONE RAPIDO

TEST SIEROLOGICO

Il sottoscritto _____

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

residente in _____ (_____), via _____

e domiciliato in _____ (_____), via _____

utenza telefonica _____,

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

CODICE FISCALE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

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
