

**RICHIESTA DI ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO PER L'INGRESSO DI  
VISITATORI/FAMILIARI**

**IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI**

**ai sensi dell'Ordinanza Ministro della Salute 8/05/2021 di approvazione delle Linee Guida  
richiamate dall'art. 1 bis L. 28/05/2021 n. 76**

**(da consegnare al momento dell'esecuzione del test)**

Il/la

Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

richiede l'esecuzione di tampone antigenico rapido per l'identificazione di SARS-CoV-2 a  
carico del Servizio Sanitario Regionale.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del  
Codice penale e delle leggi speciali in materia

**ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA**

di avere prenotato per il giorno \_\_\_\_\_ un accesso, in qualità di visitatore/familiare  
di ospite/paziente, presso la struttura (indicare il nome della struttura):  
\_\_\_\_\_ con sede in via  
\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_.

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del  
Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati  
personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente  
dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_