

**RICHIESTA DI ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO
PER L'INGRESSO DI VISITATORI/FAMILIARI
IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI
ai sensi dell'Ordinanza Ministro della Salute 8/05/2021
(da consegnare al momento dell'esecuzione del test)**

Il/la Sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____ Documento di Identità _____ N° _____

Nato/a 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, presso la struttura:

CASA DI RIPOSO P.A. FACCANONI ONLUS

con sede a Sarnico (BG) in via Vittorio Veneto numero 72

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 _____