

Autocertificazione
ai sensi del DPR 445/2000*

Io sottoscritto (Cognome/Nome) _____

Nato a _____ Provincia ____ il ____/____/____

Residente in _____ Provincia _____

Alla Via/Corso/Piazza _____ n° _____

Telefono/e-mail _____

Medico curante _____

Indirizzo e-mail del medico _____

Consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità dichiara di trovarsi nelle condizioni previste dalla Delibera di Giunta Regione Puglia del 21/10/2020 n.1075

- Di essere asintomatico
- Di richiedere l'esecuzione del tampone (antigene o molecolare) per la ricerca del Sars-CoV-2 per (barrare ove richiesto):
 - Motivi di lavoro
 - Motivi di viaggio/eventi
 - Richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute Pubblica già disciplinate dai provvedimenti nazionali e regionali

Data _____

Luogo _____

Firma _____

***Allegare copia del documento di identità**