

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000
Esecuzione gratuita di test rapidi per uscita contumaciale

Il/La sottoscritto/a _____, nato /a il ____ . ____ . ____
a _____ (____), codice fiscale _____ residente in
_____ (____), via _____
_____ e domiciliato/a in _____ (____), via
_____, identificato/a a mezzo
_____ nr. _____, rilasciato da
_____ ¹ in data ____ . ____ . ____, utenza telefonica
_____, numero della disposizione contumaciale _____, consapevole delle
sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti
prescritti dalla legge (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di essere a conoscenza delle misure introdotte dalla Regione Piemonte, in attuazione alle D.G.R. del 14 gennaio 2022 n. 1-4535 e n. 2-4536, con le circolari regionali applicative n. 1648/A1409B del 17/01/2022 e n. 1666 del 17/01/2022;**
- **di essere in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ed in particolare dal _____ (gg/mm/aaaa);**
- **di essere a conoscenza dei chiarimenti sulle quarantene per i contatti di un caso e sull'isolamento per i soggetti positivi pubblicati dalla Regione Piemonte al seguente link:**

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/coronavirus-piemonte/chiarimenti-sulle-quarantene-per-contatti-un-caso-sullisolamento-per-soggetti-positivi>

- **che l'esecuzione gratuita di test rapidi è entro il numero massimo previsto dalle disposizioni regionali, in particolare la richiesta è:**

- per motivi di fine isolamento:** Primo Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche regionali previste.
- per motivi di fine isolamento:** Secondo Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche regionali previste, a seguito di positività accertata nel precedente tampone di guarigione.
- per motivi di fine quarantena:** Primo Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche regionali previste.

Data, ora e luogo della dichiarazione

Firma del dichiarante

L'Operatore della Struttura/Farmacia

¹ Allegato: copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante