

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

Uscita da Isolamento o da Quarantena individuale (Assistiti con età < 18 anni)

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 _____, in
qualità di responsabile genitoriale ai sensi dell'art. 316 del c.c. come sostituito dal D. Lgs. n. 154/2013
di _____ nato /a il ____ . ____ . ____
a _____ (____), codice fiscale _____, 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 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 il minore è in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ed in particolare dal _____ (gg/mm/aaaa).**
- **che l'esecuzione gratuita di test rapidi richiesta per il minore di età inferiore a 18 anni è relativa:**

- per motivi di fine isolamento:** Primo Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche regionali previste. **Provvedimento numero:** _____
- 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. **Provvedimento numero:** _____
- per motivi di fine quarantena individuale:** Test gratuito richiesto ed eseguito in tutto il territorio regionale nel rispetto delle tempistiche previste. **Provvedimento numero:** _____

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*
Autocertificazione per l'attuazione delle misure introdotte dalla Regione Piemonte in attuazione alle D.G.R. n. 1-4535 e n. 2-4536 del 14 gennaio 2022 e s.m.i.