TEST SIEROLOGICO QUANTITATIVO IGG / IGM

COGNOME NOME Data di nascita

--- --- ---/------/-------

1) Negli ultimi 14 giorni sei entrato in contatto con qualche caso sospetto o accertato di Covid 19?

   SI NO

2) Al momento ha uno di questi sintomi
   a. Tosse SI NO
   b. Gola infiammata SI NO
   c. Difficoltà respiratorie SI NO
   d. Alterazioni del gusto SI NO
   e. Alterazioni dell'olfatto SI NO

3) Vaccinato SI NO

   I DOSE SI NO Data

   II DOSE SI NO Data

4) Ha avuto il covid 19? SI NO Data

Autocertificazione resa ai sensi del DPR N.445/2020

Cognome/nome ---

Nato il a
-------/------/--------/ ---

Residente in via a

In caso di minore in qualità di genitore di
Cognome/nome

Nato il a
-------/------/--------/ ---

Consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità dichiara di trovarsi nelle condizioni previste dalla delibera di giunta regionale del 21 ottobre 2020 n 1705

Di essere asintomatico SI NO

Si richiede test per :
- Motivi di lavoro
- Motivi di viaggi
- Curiosità personale

Data Firma