

MODULO ADULTI

FARMACIA Zuccari s.n.c
Viale Bologna 181/A
Forlì 47121
Tel. 0543.702010

numero

CHECKLIST PER L'ACCESSO al test antigenico rapido nasale (tampone rapido) e/o al test sierologico presso le Farmacie aderenti a Federfarma Forlì-Cesena

Il sottoscritto _____

nato il ___/___/___ a _____ (_____)

residente in _____ (_____), via _____

Telefono cellulare _____,

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Risposta esito tramite SMS o Fascicolo Elettronico**
(non occorre attendere in Farmacia)
- Risposta esito stampato senza QrCode**
(tempo di attesa 15/30 minuti)
- Attesa stampa Green Pass con QrCode**
(tempo di attesa 15/30 minuti)

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Data e ora: _____ **Firma:** _____

