

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R 28 DICEMBRE 2000, N.445

COGNOME _____ NOME _____

M	F
---	---

Nato/a _____ il _____

C.F. _____

Indirizzo _____

Telefono _____ e-mail _____

Chiede di fare il tampone perché:

Convocato dal Servizio di Igiene della ASL

Ricetta dematerializzata

Motivi di Viaggio/Lavoro *(a carico dell'utente, allega ricevuta di pagamento)*

Rientro da Viaggio in

- Grecia
- Spagna
- Croazia
- Malta

Mezzo di trasporto:

Aereo

Traghetto

Auto privata

Altro _____

Orario	Luoghi partenza e arrivo

Ho scaricato l'App "Immuni" sul mio telefono

Sì	No
----	----

Nome del medico di famiglia _____ Telefono medico _____

_____ li _____

Firma _____