

**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  
\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_, utenza telefonica  
\_\_\_\_\_, 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 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. **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

<sup>1</sup> Allegato: copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante