A

MODULO ADULTI

FARMACIA SAN MARTINO
Viale dell'Appennino 501 Forlì (FC)
Tel 0543 86015
WhatsApp 338 7676995

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**: _____