



Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

**MODULO
COVID-V**

**RICHIESTA ESECUZIONE TAMPONE
FAMIGLIARI/VISITATORI**

**RICHIESTA DI ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO PER L'INGRESSO DI VISITATORI/FAMILIARI
IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI**

ai sensi dell'Ordinanza Ministro della Salute 8/05/2021

(da consegnare al momento dell'esecuzione del test)

Il/la Sottoscritto/a _____

Codice Fiscale (*) _____ Documento di Identità _____ N° _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) in _____ n° _____

recapito telefonico (*) _____

() campi obbligatori ai fini della prenotazione*

richiede l'esecuzione di tampone antigenico rapido per l'identificazione di SARS-CoV-2 a carico del Servizio Sanitario Regionale.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di avere prenotato per il giorno _____ un accesso, in qualità di visitatore/familiare di ospite/paziente, presso la struttura *(indicare il nome della struttura)*:

- RSA AMBROSETTI con sede in via PARAVICINI 16, MORBEGNO (SO)
- RSA PARAVICINI con sede in via MORELLI 5, MORBEGNO (SO)

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del Dichiarante _____