



Laboratorio Analisi Mediche dr. Bruno srl

Viale XX Settembre, 260/A 54033 Carrara MS t. 0585 857987

Accreditato Regione Toscana delib. n. 4796/03

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ documento _____
nr. _____ rilasciato da _____ il _____
n. telefonico _____ E-mail _____
Medico di riferimento _____ Tel. Medico di riferimento _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di false dichiarazioni (art.495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- 1) di non essere stato già sottoposto a test sierologico**
- 2) qualora il risultato del test risultasse positivo o dubbio, nel lasso di tempo che intercorre fra l'effettuazione del test e l'esame diagnostico molecolare (tampone), adotterò tutte le misure di isolamento e prevenzione necessarie a tutela della mia salute e della collettività informando, nel contempo, il medico di Medicina Generale e/o il medico competente.**
- 3) acconsento che il risultato positivo o dubbio venga comunicato dal laboratorio al medico indicato nella presente autodichiarazione.**

Di essere dipendente o libero professionista operante in una delle attività che rientrano nelle categorie descritte nelle Ordinanze della Regione Toscana, n. 23 del 03/04/20 e n. 39 del 19/04/2020;

(Se dipendente) di far parte dell'organico della ditta _____

sita in _____ con la mansione di _____

(Se libero professionista) di appartenere alla categoria di _____

con la specifica di _____

Carrara, li _____

In fede

Firma _____