

**Richiesta esecuzione gratuita test antigenico per la valutazione  
del termine di isolamento da infezione SARS-CoV2**

Vista l'**Ordinanza n° 2/2022** della Regione Liguria,

Il sottoscritto:

Nome e Cognome del soggetto sottoposto a tampone

---

Codice fiscale

---

Cellulare

---

(In caso di minore riportare anche i dati del genitore/titolare della potestà genitoriale)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARA**

**di avere diritto all'esecuzione gratuita del tampone antigenico per la valutazione del termine di isolamento da infezione da SARS-CoV2 essendo in possesso dei seguenti requisiti:**

- **cittadino ligure**
- **sono trascorsi 3 giorni dalla scomparsa dei sintomi**
- **assoggettato alla tempistica di isolamento** (barrare la casella)
  - 7 giorni di isolamento
  - 10 giorni di isolamento

-----, Li ----/----/-----

Firma -----