



**REGIONE SICILIANA**  
**Assessorato Regionale della Salute**  
**UFFICIO DEL COMMISSARIO AD ACTA PER L'EMERGENZA COVID**  
**Area Metropolitana di Catania**

**AI SENSI DELL'ART. 46 DPR 28/12/2000 N. 445**  
**DICHIARO**

Nome ..... Cognome .....

Di essere nato/a .....il...../...../.....

Domicilio .....

Doc. Riconoscimento N°..... Rilasciato da.....

Data rilascio..... Data scadenza .....

e-mail ..... Cellulare .....

(se in modalità drive-in) Modello Auto..... Targa.....

ACCONSENTE all'esecuzione del test antigenico rapido.

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante

.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore.....

Presso .....il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania, .....

Il Medico esecutore

.....