

**Modulo domanda**

**Al Comune di Porto Cesareo  
Ufficio Servizi Sociali**

**ISTANZA PER L'ESECUZIONE GRATUITA DI TAMPONI MOLECOLARI PER LA RICERCA DI RNA VIRALE .  
EMERGENZA CORONAVIRUS – COVID-19**

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Porto Cesareo in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell./tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

**CHIEDE**

Di essere sottoposto al tampone rino-faringeo finalizzato all'esecuzione del test molecolare per la ricerca di RNA Virale Covid 19 per il seguente componente familiare:

- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;

A tal fine **D I C H I A R A** di essere **asintomatico e** di essere residente in questo Comune dal \_\_\_\_\_ e di trovarsi in una delle seguenti condizioni ( *segnare con una crocetta*):

- Soggetto debole e/o a rischio con comprovate patologie certificate ( *allegare certificato del medico di base*);
- di non essere in isolamento per malattia da COVID 19 e di non essere posto in quarantena fiduciaria;
- di svolgere la seguente attività lavorativa che comporta un stretto contatto con il pubblico \_\_\_\_\_

Dichiara altresì, di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Porto Cesareo, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il responsabile per la conservazione dei dati è il responsabile del Settore Servizi Sociali.

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- eventuale copia del certificato medico;

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_