



Mia Medica Studio Medico Polispécialistico.
Via A. De Gasperi 39. Domegliara Verona.
Tel 0457755017 e mail: info@miamedica.it
Direttore Sanitario: Dott. Andrea Ziviani

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

Il/ Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

Via _____

Recapito telefonico _____

*** da compilare in caso di paziente minore o soggetti sottoposti a tutela**

* Dati identificativi di chi esercita patria potestà

Io sottoscritto/a _____ (cognome e nome).

Data di nascita/...../.....luogo _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

(1) * in qualità di esercente la potestà sul minore _____

(2) * in qualità di tutore del paziente _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Il sottoscritto e i propri familiari non sono sottoposti alla misura della quarantena, ovvero di non essere risultato/i positivo/i al COVID-19
- Il sottoscritto dichiara che ne lui ne i propri familiari non hanno e non hanno avuto febbre nei giorni precedenti
- Di non presentare altra sintomatologia

Se SI quale _____

Firma Paziente _____

Firma del Genitore/Tutore (in caso di minore) _____

Luogo e Data _____