

MODELLO DATI TAMPONE ANTIGENICO COVID 19

- **NOME e COGNOME (name/surname)**
- **CODICE FISCALE**
only SSN card holder
- **ID document/number:**
solo stranieri e non in possesso di tessera SSN
- **LUOGO E DATA DI NASCITA (birth place/birthday)**
- **DOMICILIO (temporary domicile now)**
- **ULTIME 8 CIFRE TESSERA SANITARIA (only SSN card holder):**
- **SCADENZA TESSERA SANITARIA (only SSN card holder)**
- **INDIRIZZO MAIL (solo in caso di invio tramite)**
- **CELLULARE (mobile)**

AVVISO IMPORTANTE:

- La farmacia declina ogni responsabilità per danni diretti o indiretti relativi al mancato rilascio del cd. "Green Pass" (ad esempio e a titolo indicativo e non esaustivo, mancato accesso ai luoghi di lavoro, mancato accesso a manifestazioni, scuole, ospedali etc, mancato imbarco su navi/aerei, eventuali spese relative a spostamenti, pernottamenti etc.) **qualora il presente modulo non venga compilato con dati completi, leggibili ed esaustivi.**
- **E' responsabilita' diretta dell'interessato** verificare e controllare quanto dichiarato e scritto sul Green Pass . In caso di incongruenza si prega di richiedere alla farmacia le dovute correzioni appena entrato in possesso del documento e prima del suo utilizzo **contattando la farmacia nei normali orari di apertura al pubblico.**
- **In caso di mancato ricevimento** del documento richiesto tramite e-mail entro 90minuti dalla esecuzione del test si prega di contattare immediatamente la farmacia per risolvere eventuali problemi nella immissione dei dati al sistema Regionale.

WARNING: Pharmacy declines all responsibility for direct or indirect damages relating to the failure to issue the " Green Pass " (for example and by way of non-exhaustive indication, failure to access workplaces, failure to access events, schools, hospitals, etc., failure to board ships / planes, any expenses related to travel, overnight stays, etc.) **if this form is not filled in with complete, legible and exhaustive data.**

Data

Firma (per approvazione di tutte le clausole)