

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**TEST SIEROLOGICO PER LA RICERCA**  
**DEGLI ANTICORPI ANTI-SARS-CoV-2**  
(ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

per sé **oppure** in qualità di:

Esercente la potestà genitoriale     Amm. di sostegno     Tutore     Legale rappresentante

di (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni, e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**DICHIARO**

di volermi sottoporre (o di voler sottoporre il sopramenzionato) al test sierologico per la ricerca degli anticorpi anti-SARS-CoV-2 per:

- verifica della risposta anticorpale in seguito a infezione da SARS-CoV-2;
- verifica della risposta anticorpale in seguito a vaccinazione contro SARS-CoV-2;
- altro.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'Utente \_\_\_\_\_