



ALLEGATO B: FAC SIMILE DI ATTESTAZIONE DI FINE ISOLAMENTO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

- MMG/PLS Convenzionato con la ASL.....
Distretto.....AFT.....
- Medico di Continuità Assistenziale Convenzionato con la ASL.....
Distretto.....
- Medico dell'Emerg. Sanitaria Territoriale Convenzionato con la ASL.....
Distretto.....

DICHIARA che

il/la Sig/Sig.ra.....
Nato/a il a.....
Codice Fiscale.....
Residente in via/piazza.....n.....
CAP.....Città.....Prov.....

➔ risultato positivo per la ricerca di SARS-CoV-2, con tampone effettuato in data

può interrompere il periodo di ISOLAMENTO domiciliare, in quanto

- il soggetto - caso CoViD-19 asintomatico - ha effettuato tampone di controllo dopo 10 giorni di isolamento, con esito negativo:
 - data del tampone di controllo:
- il soggetto - caso CoViD-19 sintomatico - ha effettuato tampone di controllo dopo isolamento di almeno 10 giorni (di cui almeno 3 senza sintomi), con esito negativo:
 - data di scomparsa dei sintomi:
 - data di effettuazione del tampone di controllo:

Luogo e data,

.....
Timbro e firma