

**DATI PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO RICERCA ANTIGENE SARS-Cov-2**

**DA CONSEGNARE SOLO AL PRIMO ACCESSO**

**COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MODO LEGGIBILE**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**Data Nascita:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sesso** M F **Telefono** \_\_\_\_\_

**indirizzo mail:** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_ **Prov** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **N.** \_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DI PASSAPORTO (se straniero/a)** \_\_\_\_\_

**DA CONSEGNARE insieme al presente documento:**

- 1. Fotocopia fronte/retro della tessera Codice fiscale**
- 2. Fotocopia fronte/retro del documento di identità**

ACCONSENTO \_\_ NON ACCONSENTO \_\_

- Ho capito che il mancato consenso impedisce l'esecuzione dell'esame.**
- Sono informato che, in caso di esito positivo, potrebbe essere necessario l'eventuale isolamento domiciliare.**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_

**FIRMA PAZIENTE**

**FIRMA SANITARIO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATI PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO RICERCA ANTIGENE SARS-Cov-2**

**DA CONSEGNARE AD OGNI ACCESSO**

**COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MODO LEGGIBILE**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**Data Nascita:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sesso** M F **Telefono** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_

**Indirizzo mail** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **N.** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DI PASSAPORTO (se straniero/a)** \_\_\_\_\_

ACCONSENTO \_\_      NON ACCONSENTO \_\_

- **Ho capito che il mancato consenso impedisce l'esecuzione dell'esame.**
- **Sono informato che, in caso di esito positivo, potrebbe essere necessario l'eventuale isolamento domiciliare.**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_

**FIRMA PAZIENTE**

**FIRMA SANITARIO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_