

CONSENSO TAMPONE PER LA RICERCA RAPIDA ANTIGENE COVID-19

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Prov: _____ Il: _____

Residenza a: _____ Prov: _____ Via: _____ N° _____ CAP _____

Domicilio a: _____ Prov: _____ Via: _____ N° _____ CAP _____

Documento d'identità: _____ N°: _____

Tel: _____ Mail: _____

Codice fiscale: _____

◆ per sé medesimo

◆ esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno) _____

Di _____ nato/a _____ il ___/___/___

Residenza/domicilio a _____ Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE ◆ Carta di Identità ◆ Passaporto ◆ Altro
_____ N° _____ rilasciato
da _____**MOTIVO RICHIESTA:**

COVID-19 PREGRESSO SI (data _____) NO

Tamponi eseguiti in precedenza SI NO

Data ___/___/___ luogo _____

ILI nelle recedenti due settimane (ILI: sindrome simil influenzale) SI NO

Conviventi con tamponi positivi SI NO

Conviventi con ILI SI NO

LE INFORMAZIONI SOTTOSTANTI SONO FACOLTATIVE:

È stato vaccinato/a Covid SARS-2? SI NO

Con quale vaccino? _____ in che data? ___/___/___

Altre situazioni particolari _____

Sono stato informato che i miei dati relativi allo stato di salute vengono comunicati al Dipartimento di Prevenzione di residenza.

Firma Paziente _____

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

Firma sanitario _____

Data ___/___/___