

CONSENSO TAMPONE PER LA RICERCA RAPIDA ANTIGENE COVID-19

La Sig.ra / Il Sig. _____

nato/a _____ il ___/___/___ residente a _____

in Via/Piazza _____ cellulare _____

C.F. _____ E-MAIL _____@_____

◆ per sé medesimo

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

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

residente a _____ in 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

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 ___/___/___