

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 ___/___/___