

SCREENING CITTÀ DI MONTALBANO JONICO

Con la partecipazione dei medici di medicina generale e i pediatri di Montalbano Jonico

Test Antigenico rapido COVID-19

Nome del test(RISERVATO AI MEDICI)_____

Lotto del test (RISERVATO AI MEDICI)_____

AVVERTENZA: IL TEST VA ESEGUITO DOPO ALMENO 7 GIORNI DAL CONTATTO CON UN SOGGETTO POSITIVO E AL PIU' PRESTO IN PRESENZA DI SINTOMI ANCHE LIEVI

cognome e nome_____ data di

nascita ___/___/_____, luogo di nascita _____(____)

codice fiscale_____ numero

cellulare_____

In qualità di

diretto/a interessato/a persona da testare

genitore/tutore legale

cognome e nome_____ data di nascita ___/___/_____, luogo di nascita
_____ (____)

codice fiscale_____

curatore

cognome e nome_____ data di nascita ___/___/_____, luogo di nascita
_____ (____)

codice fiscale_____

Luogo_____ data ___/___/_____ firma _____

RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

NEGATIVO

POSITIVO

Luogo_____ data ___/___/_____

FIRMA DEL MEDICO DEL TEAM_____