**SCHEDA PER LA RICHIESTA DI**

**TEST PER SARS-CoV\_2 RAPIDO**

**PAZIENTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME:** | **NOME:** | | | **Data di Nascita:** |
| **Comune di Nascita: ( )** | | **C.F.** |  | |  |

**Domicilio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMUNE:** | |  | **PROVINCIA** |
| **Via/n: CAP.** | | | |
| **TEL 1** |  | **TEL 2** |  |

**Residenza (se diversa dal domicilio)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMUNE: I** |  | **PROVINCIA** |
| **Via/n:** | | |

**CONSENSO INFORMATO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⃞ **DATI SENSIBILI** | | |
| ⃞ **AL TEST** |  |  |
| ⃞ MMG di riferimento |

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellullare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data richiesta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_ \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CHE EFFETUA IL TEST** | | |
| **PRESTAZIONI ESEGUITE** | **Data** | **ESITO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Timbro e firma del Dirigente Sanitario che effettua la prestazione**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_