**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**

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