

Richiesta Test Antigenico rapido COVID-19

Assistito da sottoporre a Test Antigenico rapido COVID-19:

Cognome e nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Codice fiscale _____
Numero cellulare _____
Indirizzo e-mail _____

Il numero di cellulare e la e-mail saranno utilizzate esclusivamente per l'invio delle credenziali di accesso alla piattaforma web di visualizzazione degli esiti.

In qualità di:

- diretto/a interessato/a
- genitore/tutore legale di _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
- curatore di _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Certificato medico:

- In caso di esito positivo necessita di un certificato di malattia per l'INPS

Attesto di non essere tra le categorie escluse dallo screening elencate nel retro del modello.

Data e luogo _____ Firma _____

RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

Numero Test: _____ Data e ora: _____

NEGATIVO **Esito del test** **POSITIVO**

Firma del sanitario: _____

Spazio per etichetta