

**MODULO RICHIESTA INDAGINE SARS-COV-2***Compilare solo per primo campione diagnostico*

SC/SS _____

CdC _____

DATA PRELIEVO _____ telefono _____

ANAGRAFICA PERSONA SOTTOPOSTA A INDAGINE

COGNOME* _____

NOME* _____

Sesso* F M

Data di Nascita* _____

*Se disponibile, applicare
etichetta identificativa della
persona sottoposta a
tampone per evitare
compilazione dati
anagrafici**

**Se caregivers NON applicare
etichetta del paziente**

LUOGO DI NASCITA.....

CODICE FISCALE.....

NUMERO TELEFONO (meglio se cellulare).....

TIPOLOGIA TAMPONE ANTIGENICO MOLECOLARE CAREGIVER di

COGNOME NOME LETTO.....

DATI DI CHI COMPILA IL MODULO

Cognome Nome _____ Matricola _____