

DA COMPILARE E PORTARE CON SE' IN DUPLICE COPIA

SCHEDA PER I TEST RAPIDI PROGETTO "SCUOLA SICURA"

PAZIENTE

COGNOME:	NOME:	Data di Nascita: ____ / ____ / ____
Comune di Nascita:		()
C.F.		

Domicilio

COMUNE:	PROVINCIA
Via/n:	
TEL 1	TEL 2
Mail	

Residenza (se diversa dal domicilio)

COMUNE:	PROVINCIA
Via/n:	

Istituto Scolastico

--

Risultato Test Rapido effettuato in data ____ / ____ / ____

	Negativo
	IgM Positivo
	IgG Positivo
	IgM/IgG Positivo
	Test non valido

Data e luogo

Firma esecutore prelievo _____

Firma del Dirigente _____