

TEST COVID-19 – MODULO CONSENSO

Persona da testare

Cognome e nome _____ Genere M F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale (in stampatello) _____

Comune di residenza _____

Indirizzo _____

Numero cellulare _____

Indirizzo e-mail (in stampatello) _____

Nome del medico di Medicina Generale _____

In qualità di

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ in/a _____

Manifesto la volontà di aderire allo screening, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma: _____