

## SCHEDA TECNICA DI TEST PER SOSPETTO SARS-Cov\_2

### PAZIENTE

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| COGNOME:         | NOME:              |
| CODICE FISCALE:  |                    |
| DATA DI NASCITA: | COMUNE DI NASCITA: |

### DOMICILIO

|         |   |
|---------|---|
| COMUNE: | PROVINCIA:                                      |
| VIA:    |   |
| TEL1:   | TEL 2: <small>DEL GENITORE SE MINORENNE</small> |

### RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

|         |            |
|---------|------------|
| COMUNE: | PROVINCIA: |
| VIA:    |            |