



INFERMIERE: _____

PAGAMENTO: POS
CONTANTI
GIÀ PAGATO

APPUNTAMENTO DATA _____ ORA _____

QUESTIONARIO PER TAMPONE ANTIGENE PER COVID-19

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TEL. CELLULARE _____ MAIL _____

CODICE FISCALE _____

SESSO M F

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ in qualità di:

interessato

genitore tutore amministratore di sostegno altro _____

dichiara di aver preso visione del documento disponibile sul nostro sito www.karmamed.it contenente le Informazioni sul trattamento dei dati personali che gli è stato rilasciato, ai sensi della normativa comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e della normativa nazionale vigente in materia e conferma la piena conoscenza delle indicazioni quivi contenute.

Autorizzo l'invio dell'esito del tampone nelle seguenti modalità:

- Se il tampone risultasse negativo verrà inviato direttamente il green-pass dal ministero
- Se il tampone risultasse positivo, verrà immediatamente contattato telefonicamente e verrà inviata mail con il referto.

Firma _____

COMPILARE IL RETRO 



INFERMIERE: _____

PAGAMENTO: POS
CONTANTI
GIÀ PAGATO

Il sottoscritto _____ dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. n° 445/2000, di richiedere, a proprie spese, l'esecuzione del test rapido/molecolare finalizzato alla ricerca del Covid-19 su tampone naso-faringeo per uno dei seguenti motivi:

Motivi di lavoro / studio

Motivi di viaggio

Per richieste non correlate ad esigenze cliniche – privato cittadino / attività individuali / attività di gruppo

Sospetto caso COVID-19 dovuto a sintomi – **già eseguito test rapido** SI NO

NO

Contatto con persone positive: familiari lavoro scuole RSA altro

fine quaranta / isolamento

monitoraggio scolastico (**OBBLIGATORIA PRESCRIZIONE MEDICA PER ESEZIONE**)

Firma _____

Il sottoscritto _____ autorizza la KARMAMED S.R.L. a trasmettere il risultato del test alle autorità competenti, quali il Dipartimento di prevenzione competente.

Dichiara inoltre che i dati inseriti sono veritieri e riferiti alla persona che si è sottoposta al tampone covid19.

Gemona del Friuli, li _____

Firma _____