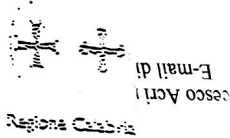


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANZARO

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



U.O. Igiene e Sanità Pubblica

AL SERVIZIO A.D.I COVID 19

DOMICILIO

TENDA

Richiesta del 12-12-2021
Si richiede alla S.V. l'esecuzione del test effettuato con tampone naso-faringeo per la ricerca del COVID-19.

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____

IL _____

C.F. _____

RESIDENZA _____

VIA _____

TEL. _____

REGIONE CALABRIA
 Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
 Dipartimento di Prevenzione
 UNITÀ OPERATIVA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
 Direttore in
 Dott. Claudio De Santis

POSITIVO

CONVIVENTE DI POSITIVO _____

CONTATTO DI POSITIVO _____

DATA TAMPONE: _____

DATA TAMPONE: _____

DATA TAMPONE: _____