



Codice Tampone:

SORVEGLIANZA COVID – 19

Sorveglianza integrata casi di Coronavirus Covid-19 in Italia

SCHEDA RILEVAZIONE DATI

Anagrafica Studente

Nome Cognome sesso
data di nascita..... luogo di nascita..... nazionalità
Codice fiscale
tel..... email.....

Numero su cui si vuol ricevere il referto

cellulare.....

Domicilio Studente

Indirizzo.....
Comune Prov. CAP

Residenza Studente(solo se diversa da domicilio)

Indirizzo.....
Comune Prov. CAP

Localizzazione

Data Istituto Scolastico Classe

Stato clinico

Asintomatico Pauci – Sintomatico Lieve Severo Guarito (già avuto covid-19)

Terapia in corso SI NO

Se si specificare la terapia :.....

Autorizzazione del genitore o di chi ne fa le veci

Il sottoscritto/a nato/a a.....
Iln. documento di riconoscimento
in qualità di
Autorizza all’esecuzione del tampone molecolare in ambito scolastico.

Firma

.....

Firma Operatore

.....