



ALLEGATO E – REFERITO TAMPONE ANTIGENICO

Data _____

Al Sig/ra _____

Al Dipartimento di Prevenzione

IL SOTTOSCRITTO DOTT. _____,

N. ISCRIZIONE ORDINE _____

DICHIARA DI AVER EFFETTUATO UN TAMPONE RINO-FARINGEO SU CARD, DI TIPO IMMUNOCROMATOGRAFICO, BASATO SULLA RILEVAZIONE DI ANTIGENI SPECIFICI PER SARS-COV-2

AL SIG./SIG.RA _____

DATA DI NASCITA _____

C.F. _____

CON RISULTATO:

POSITIVO

NEGATIVO

Firma e timbro del Medico
