**MODULO DI RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE TAMPONI**

**DA INVIARE COMPILATO ALL’INDIRIZZO MAIL** **tisostengo@gescosociale.it**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME E COGNOME DEL MEDICO CURANTE**  |  |
| **DATA DELLA RICHIESTA**  |  |
| **MAIL DEL MEDICO CURANTE**  |  |
| **MUNICIPALITA/QUARTIERE** | **ESEMPIO: SETTIMA MUNICIPALITA’, QUARTIERE SECONDIGLIANO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **NOME E COGNOME ASSISTITO** | **LUOGO E DATA DI NASCITA**  | **NUMERO DI TELEFONO** | **INDIRIZZO, PIANO E INTERNO ABITAZIONE**  | **ESITO DEL TAMPONE** **(COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |

**FIRMA DELL’INFERMIERE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DI SOMMINISTRAZIONE DEL TAMPONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**