

**PRESCRIZIONE EFFETTUAZIONE TAMPONE NASO-FARINGEO PER SOSPETTO COVID-19 A SEGUITO DI
NEGATIVITA' A PRIMO TAMPONE IN SOGGETTO SINTOMATICO – SOLO PERSONALE SCOLASTICO E
ALLIEVI/STUDENTI**

In attuazione del punto 2.1.1 del Rapporto di ISS COVID-19 *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia* – versione 28 agosto 2020, si prescrive effettuazione di tampone naso-faringeo per ricerca di RNA di SARS-CoV-2 per l'assistito/a

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Cell _____

e-mail _____

Luogo

Data

(Firma del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta)

Il presente modulo deve essere presentato al punto tampone dalla persona interessata e sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.