

**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.