

COMUNE DI SPILINGA

MODULO DI PRENOTAZIONE PER LO SCREENING ANTICOVID ATTRAVERSO TAMPONE RAPIDO NASOFARINGEO

COGNOME	
NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA VIA N. CIVICO	
DOMICILIO VIA N, CIVICO	
MEDICO CURANTE	
RECAPITO TELEFONICO	
EMAIL	
LUOGO DI PROVENIENZA E DATA DEL VIAGGIO PER CHI RIENTRA DA FUORI REGIONE	
FATTORI DI RISCHIO	

Data

Firma del richiedente