

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

MODULO DA CONSEGNARE AI PUNTI TAMPONE CORONAVIRUS

cognome e nome	data di nascita	numero di telefono	comune di residenza
-------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------------

- ☐ età inferiore a 18 anni
- ☐ insegnante
- ☐ badante

MOTIVO PER CUI ESEGUO IL TAMPONE

CON PRESCRIZIONE DEL MEDICO O DEL PEDIATRA O CON MAIL DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- ☐ sono sintomatico (tampone rapido)
- ☐ sono stato chiamato per confermare la positività al tampone rapido (tampone molecolare)
- ☐ sono un contatto di persona positiva (tampone rapido)
- ☐ sono un contatto stretto e devo fare il tampone di fine quarantena (tampone rapido)
- ☐ sono Covid positivo e devo fare il tampone di fine isolamento (tampone molecolare)
- ☐ devo accedere a terapie mediche, ricoveri, diagnostica, ecc. (tampone rapido)
- ☐ _____

SENZA PRESCRIZIONE MEDICA (tampone rapido)

- ☐ rientro da Belgio
- ☐ rientro da Francia
- ☐ rientro da Irlanda del Nord
- ☐ rientro da Paesi Bassi
- ☐ rientro da Regno Unito di Gran Bretagna
- ☐ rientro da Repubblica Ceca
- ☐ rientro da Spagna
- ☐ badante
- ☐ _____

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile

Luogo, data _____

Firma
(per esteso e leggibile)
