



**REFERTO :TEST ANTIGENICO RAPIDO , II GENERAZIONE FLUORCARE COVID 19
(tampone rinofaringeo)**

RAPID TEST MF 63 Lotto 20201211

Scadenza il 23/12/2021

Data _____ Ente _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

ESITO (mettere una crocetta nei test)
**POSITIVO
NEGATIVO
**INVALIDO

** Per i risultati invalido e/o positivi la struttura/ente dovrà essere eseguito il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test presso la struttura (a stampatello)

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____