



Codice Tampone:

Empty box for the swab code.

# SORVEGLIANZA COVID – 19

Sorveglianza integrata casi di Coronavirus Covid-19 in Italia

## SCHEDA RILEVAZIONE DATI

### Anagrafica Studente

Nome ..... Cognome ..... sesso .....  
data di nascita..... luogo di nascita..... nazionalità .....  
Codice fiscale .....  
tel..... email.....

### Numero su cui si vuol ricevere il referto

cellulare.....

### Domicilio Studente

Indirizzo.....  
Comune ..... Prov. .... CAP .....

### Residenza Studente(solo se diversa da domicilio)

Indirizzo.....  
Comune ..... Prov. .... CAP .....

### Localizzazione

Data ..... Istituto Scolastico ..... Classe .....

### Stato clinico

Asintomatico    Pauci – Sintomatico    Lieve    Severo    Guarito (già avuto covid-19)

Terapia in corso  SI    NO

Se si specificare la terapia :.....

### Autorizzazione del genitore o di chi ne fa le veci

Il sottoscritto/a ..... nato/a a.....  
Il .....n. documento di riconoscimento .....  
in qualità di .....  
Autorizza all’esecuzione del tampone molecolare in ambito scolastico.

Firma

.....

Firma Operatore

.....