



LAB POINT s.r.l.  
Analisi e Ricerche Cliniche  
Via della Resistenza,188-70125 BARI  
Tel. 080.5022847  
Cod. Regionale 676051

**MODULO PER ESECUZIONE TAMPONE ANTIGENICO (legge 445/2020)**

<b>NOME</b> (name)		<b>RESIDENZA</b> (residence)	
<b>COGNOME</b> (surname)		<b>E-MAIL</b>	
<b>DATA NASCITA</b> (date of birth)		<b>LUOGO NASCITA</b> (place of birth)	
<b>CODICE FISCALE</b> (fiscal code)		<b>CELLULARE</b> (phone number)	
<b>NAZIONALITA'</b> (nationality)		<b>N. DOCUMENTO</b> (passport number)	

NOME E COGNOME DEL GENITORE **IN CASO DI MINORE**: \_\_\_\_\_

(name and surname of parent in case of a minor)

**DICHIARA (declares)**

Consapevole delle responsabilità e sanzioni penali per dichiarazioni mendaci (aware of criminal responsibility for untruthful statements )

Di non essere in stato febbrile ( To haven't got a temperature)

**Si richiede il TAMPONE ANTIGENICO DI 1<sup>a</sup> GENERAZIONE per:**

- **MOTIVO NON SANITARIO (es. lavoro,viaggi, concorsi, scuola ecc.. )**
- **CONTROLLO PER CONTATTO STRETTO CON POSITIVO**
- **FINE QUARENTENA PER GUARIGIONE**
- **INGRESSI OSPEDALIERI (per visite mediche, ricoveri, parti ecc..)**

**DATA (date)**

**FIRMA (signature)**