



Poliambulatorio Specialistico
Diagnostica per immagini
Direttore Sanitario Dott. Marco Bacciga

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

COMUNE E INDIRIZZO DI RESIDENZA

CELLULARE

MAIL

[Parte riservata allo Studio Medico]

RISULTATO TEST

Data e ora _____

SARS COV 2

ANTIGEN RAPID TEST

POSITIVO

NEGATIVO