



## FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,  
30174 Venezia Mestre (VE)  
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710  
P. IVA e C.F. 04549420273  
Numero REA VE - 434003  
www.ospedevillasalus.it

### NOTIZIE PER L'ESECUZIONE DI TAMPONE SARS-Cov-2

COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MODO LEGGIBILE

COGNOME: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

Data Nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ ULSS \_\_\_\_\_/REGIONE

E-mail: \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE o NUMERO DI PASSAPORTO (se straniero/a): \_\_\_\_\_

DOMICILIO MOMENTANEO (in caso di stranieri in viaggio): \_\_\_\_\_

MOTIVO RICHIESTA:

- Richiesta Green Pass
- Tamponi positivi in precedenza
- Covid-19 pregresso
- Sintomi nelle precedenti due settimane
  - Febbre
  - Tosse
  - Dolori muscolari
  - Raffreddore/mal di gola
- Conviventi con tamponi positivi
- Conviventi con sintomi influenzali
- Altre situazioni particolari \_\_\_\_\_

**IL RISULTATO DELL'ESAME SARÀ INSERITO NEL PORTALE REGIONALE DEDICATO\***

ACCONSENTO \_\_ NON ACCONSENTO\_\_

- **Ho capito che il mancato consenso impedisce l'esecuzione dell'esame.**
- **Sono informato che, in caso di esito positivo, potrebbe essere necessario l'eventuale isolamento domiciliare.**

Luogo, data e ora \_\_\_\_\_

FIRMA PAZIENTE

FIRMA SANITARIO