



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 INFORMATION FOR THE EXECUTION OF SARS-Cov-2 SWAB

COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MODO LEGGIBILE

FILL IN ALL THE FIELDS IN A READABLE WAY

COGNOME / LAST NAME _____

NOME / FIRST NAME _____

Data di nascita / Date of birth __/__/____

Telefono / Telephone _____ ULSS _____/REGIONE / Region

E-mail / E-mail _____

RESIDENTE A / RESIDENT IN _____ Via/Piazza / Street/Square _____ N. _____

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

TAX CODE or PASSPORT NUMBER (if foreigner)

DOMICILIO MOMENTANEO (in caso di stranieri in viaggio): _____

MOMENTARY DOMICILE (in case of foreigners traveling)

MOTIVO RICHIESTA / REASON FOR REQUEST

- Richiesta Green Pass / Green Pass request
- Tamponi positivi in precedenza / Previously positive swabs
- Covid-19 pregresso / Previous Covid-19
- Sintomi nelle precedenti due settimane / Symptoms in the previous two weeks
- Febbre / Fever
 - Tosse / Cough
 - Dolori muscolari / Muscle aches
 - Raffreddore/mal di gola / Cold/sore throat
- Conviventi con tamponi positivi / Cohabitants with positive swabs
- Conviventi con sintomi influenzali / Cohabiting with flu symptoms
- Altre situazioni particolari / Other special situations _____

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

THE RESULT OF THE EXAM WILL BE COMMUNICATED ON THE REGIONAL PLATFORM*

ACCONSENTO / I AGREE ___ NON ACCONSENTO / I DO NOT AGREE ___

- **Ho capito che il mancato consenso impedisce l'esecuzione dell'esame.**
I understand that the lack of consent prevents the examination from being carried out.
- **Sono informato che, in caso di esito positivo, potrebbe essere necessario l'eventuale isolamento domiciliare.**
I am informed that, in the event of a positive outcome, you may need to be confined to your home.

Luogo, data e ora _____

Place, date and time

FIRMA PAZIENTE
PATIENT SIGNATURE

FIRMA SANITARIO
HEALTHCARE SIGNATURE