



UTENTE (COMPILARE UNA SCHEDA PER OGNI SOGGETTO)

L'UTENTE DA SOTTOPORRE A TAMPONE E' UN MINORE? SI

IL SOTTOSCRITTO IN QUALITA' DI

Genitore/Tutore-Rappresentane Legale: *

--Scegli--

Codice fiscale: *

inserisci il codice fiscale

Cognome: *

inserisci il cognome

Nome: *

inserisci il nome

AUTORIZZO IL MINORE

Codice fiscale: *

inserisci il codice fiscale

Cognome: *

cognome

Nome: *

nome

Data Nascita: *

gg/mm/aaaa

Sesso: *

-- Seleziona Sesso --

**Luogo di Nascita: ***

luogo di nascita

Luogo di Residenza: *

luogo di residenza

Indirizzo di Residenza: *

indirizzo di residenza

Luogo di Domicilio(solo se diverso da residenza):

luogo di domicilio

Indirizzo di Domicilio (solo se diverso da residenza):

indirizzo di domicilio

Cellulare: *

cellulare

Email: *

email

Altra email:

email

 AUTORIZZO IL PERSONALE MEDICO DELL'ASP DI CATANIA AD EFFETTUARE IL TAMPONE RINO-FARINGEO(RAPIDO/MOLECOLARE) AUTORIZZO L'ENTE AD INVIARE VIA EMAIL IL REFERTO DEL TAMPONE Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy

CANCELLA TUTTO

REGISTRA LA TUA PRENOTAZIONE

[Linee guida](#)

Servizio semplificato per la Prenotazione del Tampone naso-faringeo test rapido per la rilevazione antigene SARS-COV-2

- Compila i campi richiesti. (*=obbligatori).
- Fai attenzione a digitare correttamente l'indirizzo email.
- **Dopo aver registrato la tua prenotazione, riceverai, all' indirizzo email indicato, il link dal quale dovrai confermare e scaricare la ricevuta della prenotazione.**
- **E' necessario esibire la ricevuta al momento del tampone.**
- In caso di esito negativo o mancato invio dell'email rifare la prenotazione.
- In caso di piu' prenotazioni per lo stesso soggetto, l'ultima ricevuta è sempre quella che acquisisce validità.

© 2021 - AllWork S.R.L.