

Per favore compilare in stampatello!



Nome: _____

Cognome _____

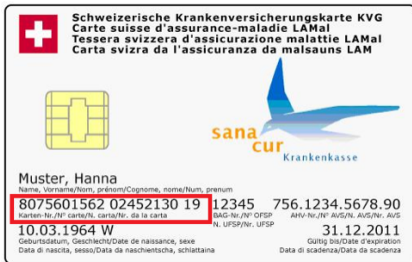
Data di nascita: _____

Numero di telefono: _____

Indirizzo:

Via e No _____ CAP _____ Luogo _____ Paese _____

Numero europeo della cassa malati: 807560



Per fare il test deve scaricare l'applicazione
"COVID CERTIFICATE",
dove poi riceverà il **RISULTATO**
(CERTIFICATO COVID)

Nome della cassa malati: _____

Prima del tampone deve scaricare l'applicazione "Covid Certificate" e creare subito

un **codice di trasferimento**: _ _ _ _ _

	SÌ	NO
Ha sintomi (febbre, mal di testa, mal di gola, tosse, perdita del gusto o dell'olfatto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha già fatto il primo vaccino contro covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto recenti lesioni o a subito recenti interventi chirurgici al naso o i seni paranasali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di una grave deviazione al setto nasale o di restringimenti cronici delle fosse nasali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di disturbi della coagulazione del sangue o assume anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavora nell'ambito sanitario ed è in potenziale contatto con le persone a rischio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riceverà il certificato Covid con il codice QR da 15 a 60 minuti dopo il prelievo, direttamente sul cellulare. In caso non lo ricevesse, deve tornare oppure chiamarci durante gli orari di apertura al numero: +41 76 510 05 47

Un risultato **negativo** vale 48 ore. Continui a seguire le norme igieniche e comportamentali dell'UFSP!

In caso di risultato **positivo**, verrà contattato dalla farmacia e messo in isolamento.

Firmando il presente questionario acconsente al prelievo, all'elaborazione dei dati, alla notifica all'autorità cantonale competente e all'ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Con la firma dichiara che tutti i dati indicati nel questionario sono corretti e completi.

Località e data: _____ **Firma della persona testata:** _____

Presentarsi al centro covid con la tessera della cassa malati e il formulario compilato, grazie.

Da compilare dal collaboratore della Farmacia Delta

Informazioni sul prelievo

🕒 Ora: _____ Data: _____ Misure d'igiene rispettate Visto: _____

Firma del farmacista responsabile: _____

Risultato: positivo negativo Risultato comunicato

Fatturazione: Visto Collaboratore _____