

È OBBLIGATORIO compilare in STAMPATELLO! Se non viene scritto in stampatello e il codice di trasferimento e/o i dati personali non sono leggibili o corretti non rimborsiamo il costo del tampone.

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



Nome: _____ Cognome _____
 Data di nascita: _____ Numero di telefono: _____
 Indirizzo:
 Via e No _____ CAP _____ Luogo _____ Paese _____

Numero europeo della cassa malati: 807560



Nome della cassa malati: _____

CODICE DI TRASFERIMENTO (si crea nell'applicazione "COVID CERTIFICATE") _____

- | | 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 almeno 2 vaccini 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 24 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 _____