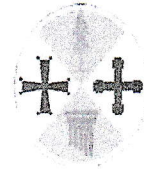




SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

**TEST SIEROLOGICO PER COVID-19**  
(Abbott – Panbio ® COVID-19 IgG/IgM Rapid Test Device)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_, num. \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**RISULTATO**

**Positivo**

- IgG + / IgM -
- IgG - / IgM +
- IgG + / IgM +

In caso di positività attenersi  
scrupolosamente al foglietto allegato.

**Negativo**

- IgG - / IgM -

Negativo significa che non è mai venuto a contatto con il virus.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **timbro e firma**