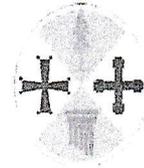


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



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