



FARMACIA TRIGORIA  
VIA GIANCARLO VIGORELLI 19, 00128 ROMA (RM)  
TEL.: 06-37896674 – MAIL: INFO@FARMACIATRIGORIA.IT

MODULO DI IDENTIFICAZIONE ANAGRAFICA: \* = CAMPO OBBLIGATORIO

NOME\*: \_\_\_\_\_ COGNOME\*: \_\_\_\_\_

VIA: \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ TIPO DOCUMENTO\*: \_\_\_\_\_ N. \*: \_\_\_\_\_

RILASCIATO IL\*: \_\_\_\_\_ DA\*: \_\_\_\_\_

SCADENZA\*: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE\*: \_\_\_\_\_

ULTIME 8 CIFRE TESSERA SANITARIA\*: \_\_\_\_\_ SCAD. \*: \_\_\_\_\_

ENTRAMBI I DOCUMENTI ANDRANNO ESIBITI ALL'OPERATORE PER IL RICONOSCIMENTO

PRESENTA SINTOMI DA COVID-19?  SI  NO

SE SI: DATA DI MANIFESTAZIONE DEI PRIMI SINTOMI: \_\_\_\_\_

QUALE TEST DEVE FARE?  TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO  TEST SIEROLOGICO  
MOTIVO DEL TAMPONE:

<input type="checkbox"/> INDAGINI ORGANIZZAZIONI SPORTIVE	<input type="checkbox"/> INDAGINI DOCENTI SCOLASTICI
<input type="checkbox"/> INDAGINI RIENTRO DALL'ESTERO	<input type="checkbox"/> INDAGINI ALTRI OPERATORI SCOLASTICI
<input type="checkbox"/> INDAGINI RIENTRO DALL'ITALIA	<input type="checkbox"/> INDAGINE SENZA FISSA DIMORA
<input type="checkbox"/> CONFERMA TEST ANTIGENICO	<input type="checkbox"/> INDAGINE PAZIENTE ALL'AMMISSIONE
<input type="checkbox"/> INDAGINE SIEROLOGICA NAZIONALE	<input type="checkbox"/> SANIMPRESA
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> INDAGINE ALUNNI CON FRAGILITA'
<input type="checkbox"/> INDAGINE ALTRI ENTI / ORGANI	<input type="checkbox"/> INDAGINE OPERATORE SANITARIO
<input type="checkbox"/> INDAGINE FARMACISTI (FARMACIE TERRITORIALI)	<input type="checkbox"/> INDAGINE FORZE DELL'ORDINE / ARMATE
<input type="checkbox"/> NESSUNA INDAGINE	<input type="checkbox"/> INDAGINE ALTRO OPERATORE
<input type="checkbox"/> INDAGINE CONTATTO	<input type="checkbox"/> AUTORITA' GIUDIZIARIA
<input type="checkbox"/> DONATORE	<input type="checkbox"/> ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO
<input type="checkbox"/> INDAGINE PAZIENTE AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/> INDAGINE STUDENTI
<input type="checkbox"/> INDAGINE PAZIENTE ALLA DIMISSIONE	<input type="checkbox"/> INDAGINE COMUNITA' BANGLADESH

CONTATTO TELEFONICO\*: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA FARMACIA:

PAGATO IMPORTO DI: \_\_\_\_\_ MODAL. PAGAM.: \_\_\_\_\_

ESITO: \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA OPERATORE: \_\_\_\_\_