

REGISTRO DEL ____/____/____

TIMBRO DEL PROFESSIONISTA		ASSENZA DI SINTOMI INCOMPATIBILI AL TRATTAMENTO		TEMPERATURA AUTO-RILEVATA AL MOMENTO DELL'INCONTRO COMPATIBILE CON L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO (INFERIORE A 37.5)	
	COGNOME E NOME DEL CLIENTE	SI	NO	SI	NO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Firma del professionista che ha compilato la modulistica _____

Distruggere il documento dopo 15 giorni dalla data di compilazione