ELENCO PAZIENTI "CONTATTI STRETTI" TRASFERITI PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI O ALTRE COMUNITA' CHIUSE NELLE 48 ORE ANTECEDENTI IL CASO COVID POSITIVO

REPARTO …….. periodo …….

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	DATA DIMISSIONE	TELEFONO	INDIRIZZO	MEDICO CURANTE