



*Struttura*  
**Laboratorio di Igiene**

<b>Numero Modulo</b>	<b>AFF223</b>
<b>Unità Operativa</b>	<b>NEUROLOGIA</b>
<b>Data Prelievo</b>	<b>12-12-2021</b>
<b>Data Accettazione</b>	<b>13-12-2021</b>

<b>ID CAMPIONE</b>	<b>DESCRIZIONE CAMPIONE</b>	<b>OPERATORE PRELIEVO</b>
<b>HFR345</b>	<b>TAMPONE_CAPPA</b>	<b>MARCO ROSSI</b>

**Firma responsabile**

---