

Oggetto: EFFETTUAZIONE TEST RAPIDI.

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO N. CIVICO			
COMUNE	MONTELEONE ROCCA DORIA	CAP	07010
		PROV	SS
TELEFONO		CELLULARE	
EMAIL			
MEDICO DI BASE	Nome:	Cognome:	Mail:

In qualità di (*barrare la casella di interesse*):

- Cittadino (se maggiorenne)
 Genitore (tutore) del minore sotto indicato:

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			

PRESTA CONSENSO

- per sottoporsi all'effettuazione del test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19 programmato dall'Amministrazione Comunale per il -----Gennaio 2021.
- affinché il proprio figlio/a si sottoponga all'effettuazione del test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19 programmato dall'Amministrazione Comunale per il -----Gennaio 2021.

Si allega:

- Copia di versamento di bollettino postale.
 Documento di identità

Firma

Data _____