COMUNE DI SAN GREGORIO DI CATANIA

(CITTA' METROPOLOTANA DI CATANIA)

P.zza G. Marconi, 11 – 95027 San Gregorio di Catania 095/7219111- 139-140-142-122

Screening epidemiologico SARS-Covid-19 del 16/01/2022

AI SENSI DELL'ART. 46 DPR 28/12/2000 N. 445
DICHIARO

Nome ……...…. ……Cognome …….....

Di essere nato/a …….…….……il……/……/……

Domicilio …….……...

Doc. Riconoscimento N°…… Rilasciato da……..

Data rilascio…….…… Data scadenza …..…….…….

e-mail …… Cellulare …..……..…….……

Genitore dell'alunno/a …….

Frequentante l'Istituto Comprensivo "Michele Purrello" classe …… sez. ……

ACCONSENTE all'esecuzione del test antigenico rapido.
ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante

……..……

Il test antigenico rapido è stato eseguito in data odierna alle ore……...……

da …… ed ha dato esito:

- ☐ NEGATIVO
- ☐ POSITIVO

Catania, ……

L'esecutore

……...……