



Ufficio del Commissario Ad Acta

SI ATTESTA CHE IL MINORE. ....

NATO/A A ..... IL .....

DOMICILIO .....

COL CONSENSO DEL GENITORE/TUTORE NOME .....COGNOME .....

EMAIL ..... CELLULARE .....

DOC. RICONOSCIMENTO N° ..... RILASCIATO DA .....

DATA RILASCIO..... DATA SCADENZA .....

Ha eseguito in data odierna il tempone antigenico rapido presso:

ASP VALVERDE- Via Seminara n 5

Firma del genitore o tutore che presta il consenso

.....

Il test antigenico rapido ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania, 02/2021

Il Medico esecutore

.....