



Ufficio del Commissario Ad Acta

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

DICHIARO

CHE IL MINORE.

NATO/A A IL

DOMICILIO

COL CONSENSO DEL GENITORE/TUTORE NOMECOGNOME

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

ISTITUTO _____

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 genitore o tutore che presta il consenso

.....

Il test antigenico rapido ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania, /.... /2021

Il Medico esecutore

.....