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 …..………….……….…………………………

(se in modalità drive-in) Modello Auto………..…. ………………Targa………………………………………..

Scuola…………………………………………………………………………………………………………….

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 o (Tutore legale)

………..……………………………………………

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore………………...………

Presso ………………………………………………il test antigenico rapido che ha dato esito:

* NEGATIVO
* POSITIVO

Catania, …………… Il Medico esecutore

…………………...…………………