



Ufficio del Commissario Ad Acta

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

NOME COGNOME

DI ESSERE NATO/A A IL

DOMICILIO

EMAIL CELLULARE

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

DATA RILASCIO..... DATA SCADENZA

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 sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna in ore:

Antimeridiane Pomeridiane

Presso

ASP VALVERDE - via Seminara n 5 SEDE _____

il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania,/...../2021

Il Medico esecutore

.....