Ufficio del Commissario Ad Acta

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

NOME ..... COGNOME .....

DI ESSERE NATO/A A ..... IL .....

DOMICILIO .....

CODICE FISCALE.....

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

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 alle ore.....

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

☐ NEGATIVO

☐ POSITIVO

Catania, ...

Il Dirigente Medico

.....

ASP Catania - Via S. Maria La Grande, 5 (95124) Catania
Codice Fiscale e Partita IVA 04721260877