



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA

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 / del tutore legale

.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore 10:00

presso l'ISTITUTO SUPERIORE "C. A. DALLA CHIESA il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Caltagirone, / /2021

Il Dirigente Medico

.....