



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

Ufficio del Commissario Ad Acta

COL CONSENSO DEL GENITORE/TUTORE NOMECOGNOME

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

DATA RILASCIO..... DATA SCADENZA

SI ATTESTA CHE IL SIG./LA SIG.

NATO/A A IL

DOMICILIO

EMAIL CELLULARE

Ha eseguito in data odierna alle ore.....

Presso

il test antigenico rapido che ha dato esito: Scuola Frequentante.....

NEGATIVO

Classe e sezione.....

POSITIVO

Catania,

Firma del genitore o tutore che presta il consenso

Il Medico esecutore