



Ufficio del Commissario Ad Acta

COL CONSENSO DEL GENITORE/TUTORE NOME .....COGNOME .....

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 .....ASP VALVERDE- Via Seminara n 5 .....

il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania, ...../02/2021.....

Firma del genitore o tutore che presta il consenso

.....

Il Medico esecutore

.....