

REGIONE SICILIANA

***AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE C A T A N I A***

**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, ……/01/2021………… Firma del genitore o tutore che presta il consenso

…………………………………………………. Il Medico esecutore

# ……………………...…………………

*Pagina 1 di 1*

ASP Catania - Via S. Maria La Grande, 5 (95124) Catania

Codice Fiscale e Partita IVA 04721260877