REGIONE SICILIANA
Assessorato Regionale della Salute
UFFICIO DEL COMMISSARIO AD ACTA PER L'EMERGENZA COVID
Area Metropolitana di Catania

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

Nome ……...…. ……Cognome …….....

Di essere nato/a …… ……il……../……./…….

Domicilio …….…….....

Codice Fiscale……..……..

e-mail …… Cellulare …..…….…….……..

(se in modalità drive-in) Modello Auto……..…. ……Targa……..

ACCONSENTE all'esecuzione del test antigenico rapido.
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 Militello in Val di Catania il test antigenico rapido che ha dato esito:

- ❼ NEGATIVO
- ❼ POSITIVO

Catania, ……

Il Medico
