

REGIONE SICILIANA
COMUNE DI MILITELLO IN VAL DI CATANIA

Città Metropolitana di Catania

SCREENING COVID-19

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

DICHIARO

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

doc. riconoscimento n. _____ rilasciato da _____

il _____ Cell./Tel _____ email _____

ACCONSENTO all'esecuzione del test antigenico rapido;

ACCONSENTO, 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 il Drive-In svolto nel Piazzale di Contrada Piano Mole, il test antigenico rapido che ha dato esito:

- ☐ **Negativo**
- ☐ **Positivo**

Il Medico esecutore

Militello in Val di Catania
