



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

NomeCognome

Di essere nato/ail...../...../.....

Domicilio

Doc. Riconoscimento N°..... Rilasciato da.....

Data rilascio..... Data scadenza

e-mail Cellulare

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

Scuola.....

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 o (Tutore legale)

.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore.....

Pressoil test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania,

Il Medico esecutore

.....