

La/Il sottoscritta/o _____

certifica che il/la Sig./ra:

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____

Residente _____ in _____

Domiciliato in _____

E-mail _____

Cellulare _____

ha eseguito in data odierna il Tampone Naso-Faringeo Covid-19

ANTIGENE RAPID TEST DEVICE:

Il quale ha esito:

NEGATIVO

POSITIVO

spazio per deposito device

Luogo e Data _____

Firma e Timbro dell'operatore
