



Ufficio del Commissario Ad Acta

Il sig./la sig. ....

Nato/a a ..... il .....

Codice Fiscale.....

Domicilio .....

Email ..... Cellulare .....

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

.....

Ha eseguito in data odierna alle ore.....Presso .....

il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania, .....

Il Medico esecutore

.....