Ufficio del Commissario Ad Acta

Si attesta che il sig./la sig. …….....

Nato/a a …….. il ……...…….....

Codice Fiscale…….

Domicilio ……...

Email ……... Cellulare …..……

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

Presso …….

il test antigenico rapido che ha dato esito:

- ☐ NEGATIVO
- ☐ POSITIVO

Catania, ……

Il Medico esecutore

……...……

ASP Catania - Via S. Maria La Grande, 5 (95124) Catania
Codice Fiscale e Partita IVA 04721260877