REGIONE SICILIANA

***AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE C A T A N I A***

**Ufficio del Commissario Ad Acta**

# AI SENSI DELL’ART. 46 DPR 28/12/2000 N. 445 DICHIARO

NOME …………………………………...……….. COGNOME ……..………………………............................

DI ESSERE NATO/A A ………..…………….…………………. IL …………………………......……..............

DOMICILIO ……………………………………………………………………………………………….……...

DOC. RICONOSCIMENTO N°………………………… RILASCIATO DA…………………..…..……………

DATA RILASCIO……………….……………………… DATA SCADENZA …..…….……………………….

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 mo- dulo, al trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante

………..……………………………………………

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

Presso ASP VALVERDE- via Seminara n 5 il test antigenico rapido che ha dato esito:

* NEGATIVO
* POSITIVO

Catania, … . . /01/2021………… Il Medico esecutore

# …………………...…………………

*Pagina 1 di 1*

ASP Catania - Via S. Maria La Grande, 5 (95124) Catania

Codice Fiscale e Partita IVA 04721260877