



CITTA' DI GUARDIAGRELE
Provincia di Chieti

SCREENING TAMPONI MOLECOLARI 18.05.2021

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il

Residente a GUARDIAGRELE in Via/loc. N.....

Codice fiscale

Telefono cellulare n.

Email

DICHIARA DI VOLER SOTTOPORSI A TAMPONE MOLECOLARE A
TITOLO VOLONTARIO, PER LA INDIVIDUAZIONE DEL VIRUS Sars-Cov2

A tal scopo dichiara che il proprio Medico di famiglia è il dott.

Guardiagrele, lì

FIRMA

.....