

ISTITUTO SCOLASTICO _____

CODICE MECCANOGRAFICO SCUOLA _____

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST PER SARS-CoV_2

PAZIENTE

COGNOME:		NOME:	
Data di nascita		Comune di nascita:	

Domicilio

COMUNE		PROVINCIA	
Via/n.			
TEL 1		TEL 2	

Residenza (se diversa dal domicilio)

COMUNE		PROVINCIA	
Via/n.:			