

SCHEDA TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO SCREENING SCUOLA ORDINANZA N. 90 DEL 15 NOVEMBRE 2020

ISTITUTO SCOLASTICO

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| COMUNE: | |
| ISTITUTO SCOLASTICO: | |
| PLESSO: | |
| CLASSE: | SEZIONE: |

CODICE DI PRENOTAZIONE (inserire il codice numerico): _____

Indicare se alunno, familiare, docente o operatore scolastico

ALUNNO

FAMILIARE (specificare il grado di parentela) _____

DOCENTE

OPERATORE SCOLASTICO

DATI ANAGRAFICI

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| COGNOME: | NOME: |
| DATA DI NASCITA: | COMUNE DI NASCITA: |
| CODICE FISCALE: | ESITO: |

DOMICILIO

| | |
|----------------------|---------------------|
| COMUNE: | PROVINCIA: |
| VIA/PIAZZA: | N° |
| N. CELLULARE: | N. TELEFONO: |

RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

| | |
|--------------------|-------------------|
| COMUNE: | PROVINCIA: |
| VIA/PIAZZA: | N° |