

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

DI SENSIBILITÀ DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000
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°