

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.:	