

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.:			