

ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2

NOME e COGNOME: _____, COD. FISC. _____

ESITO _____

<<< >>>

Luogo esecuzione Test Antigenico Rapido: _____

Data esecuzione: _____

Numero Tamponi Antigenici eseguiti con esito **NON VALIDO**
prima dell'esito finale registrato nel presente modulo

Operatore che ha letto e registrato l'esito del test:

Nome e Cognome _____

Qualifica _____

Firma _____