REGIONE DEL VENETO

ULSS2

Il sottoscritto_____

Genitore/tutore legale dell'alunno _____, nato/a il ____/____/_____

(oppure, per alunni maggiorenni)

Il sottoscritto_____, nato/a il ____/____/_____

Dichiara che

Il tampone prescritto è stato effettuato presso il covid point di _____ in data ____/____/_____

Il test effettuato ha dato esito **NEGATIVO**

LUOGO E DATA

_____

FIRMA

_____