

Comune di Cabras

Provincia di Oristano



Comuni de Crabas

Provincia de Aristanis

CAMPAGNA DI SCREENING VOLONTARIO 15-16 GENNAIO 2022

Cognome e nome _____ Genere M - F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di Residenza _____

Indirizzo _____

Recapito Telefonico _____

Indirizzo e-mail (in stampatello) _____

In qualità di

Genitore / tutore legale / curatore di

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ Luogo _____

residenza _____

Nome del Medico di Medicina Generale _____

Classe _____ Sezione _____

Scuola (segnare con una X la scuola di appartenenza):

- Infanzia Via De Gasperi Cabras
- Infanzia Piazza Muscas Solanas
- Primaria Via Cesare Battisti Cabras
- Primaria Via San Paolo Solanas
- Secodaria Via Trieste Cabras

Manifesto la volontà di aderire allo screening comunale, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Data e Luogo _____ Firma: _____