

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.:	