



COMUNE DI SERDIANA

PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

Modulo di richiesta tampone rapido per la ricerca dell'antigene SARS- Cov-2

Il sottoscritto: (i dati dell'utente sono obbligatori in tutti i campi per poter effettuare il test)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residente a _____ In Via _____

Documento di identità N. _____ Codice Fiscale _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

DICHIARA

Di essere un soggetto: (Barrare la casella interessata)

- Impiegato pubblico del Comune di Serdiana.
- Appartenente alle forze dell'ordine.
- Docente/personale ATA della direzione didattica residenti a Serdiana.
- Soggetto impiegato in pubblico servizio presso struttura presente nel territorio comunale.
- Utente/operatore presso struttura socio-assistenziale pubblica/privata operante nel territorio comunale.
- Con patologie all'apparato respiratorio o cardiovascolare.
- D'età superiore a 65 anni.

Data _____

Firma dell'utente _____