



# 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 \_\_\_\_\_