



Attestato1

Si attesta che il Sig./ra
nato/a.....Prov.....il.....
CF.....tel.....
Residente aProv.....in servizio presso
l'Istituto Scolastico..... città.....
Prov.....con la mansione di.....,
ha effettuato in data odierna il Test Sierologico rapido su sangue capillare per Sars-Cov-2 e che lo stesso ha
dato esito **NEGATIVO**.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Il Dirigente Medico

Dott./ssa

....., lì