

REFERTO TEST ANTIGENICO RAPIDO

Il/la / dott./dott.ssa _____

CERTIFICA

Che il/ la Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ in Via _____

Si è sottoposto/a in data odierna al test antigenico rapido per l'identificazione del Virus SARS-COV 2 con esito

 POSITIVO NEGATIVO

_____ il ____/____/2021

in fede

Il Medico ASL

REFERTO TEST ANTIGENICO RAPIDO

Il/la / dott./dott.ssa _____

CERTIFICA

Che il/ la Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ in Via _____

Si è sottoposto/a in data odierna al test antigenico rapido per l'identificazione del Virus SARS-COV 2 con esito

 POSITIVO NEGATIVO

_____ il ____/____/2021

in fede

Il Medico ASL

