

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI TAMPONE RINOFARINGEO

Il /La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

Personale Docente/Personale ATA/Personale scolastico in servizio presso
(cancellare la voce che non interessa)

la scuola _____ del plesso di _____

Consapevole di quanto riportato sull'informativa del Comune di Acri in materia di screening facoltativo di tutto il personale scolastico delle scuole del territorio.

ACCONSENTE a sottoporsi all'esecuzione di TAMPONE RINOFARINGEO

Data _____

Firma
