

MODELLO PER TAMPONE GRATUITO

I.P.S.C.E.O.A. "GALLO"-AGRIGENTO
Prot. 0001391 del 01/02/2022
VII (Uscita)

AL MEDICO DI FAMIGLIA

SI COMUNICA CHE L'ALUNNO _____

NATO IN _____ IL _____, RESIDENTE IN _____

IN VIA _____, FREQUENTANTE LA CLASSE _____

DELL'I.P.S.S.C.E.O.A. "GALLO" DI AGRIGENTO, È STATO IN QUARANTENA DAL

_____ AL _____ PER LA PRESENZA DI TRE POSITIVI NELLA

CLASSE.

SI RICHIEDE, PERTANTO, UNA CERTIFICAZIONE PER POTER FARE IL TAMPONE

GRATUITO NELLE FARMACIE CONVENZIONATE.

DATA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DOTT.SSA GIROLAMA CASÀ

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 D.L. 39/93