

Società:		di:		Codice:	
Partita:	vs.				
Località:		giorno:		ora:	

Elenco Nominativo delle persone sottoposte a tampone antigenico rapido			
Documento identità	Cognome e Nome	Data e ora test	Esito (Pos/Neg)

Il/La sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

Iscritto all'ordine dei medici di _____ Tessera n. _____

ATTESTA che l'esecuzione dei test è avvenuta in modo conforme alle modalità prescritte da FISR, che le persone sottoposte al test sono state identificate tramite il relativo documento di identità e che, per ciascuna, l'esito del test è quello riportato nel presente documento.

In fede

Il/La sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

in qualità di legale rappresentante della società _____

PRENDE ATTO della avvenuta esecuzione dei test in conformità alle modalità prescritte da FISR.

In fede

Modulo FISR H2 - TAR HL Versione 2020		
--	--	--