

TEST ANTIGENICO RAPIDO PER ARBITRI e persone singole

Il/La sottoscritto/a _____

Cod. fiscale _____

Iscritto all'ordine dei medici di _____

Tessera n. _____

DICHIARA

di avere eseguito il test antigenico rapido in data al sig.:

identificato con documento di riconoscimento:

Il test si è svolto presso:

il giorno: _____ ora: _____ e ha avuto esito NEGATIVO.

L'esecuzione dei test è avvenuta in modo conforme alle modalità prescritte da FISR.

In fede

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