

Intestazione Ente – Struttura

Al Dipartimento di Prevenzione
A.S.L. CN2 ALBA –BRA
dipp.alba@aslcn2.it
S E D E

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ___/___/_____, residente a _____ Via _____,
richiedo cortesemente l'esito del tampone naso-faringeo per la ricerca del SARS-COV2 eseguito il
___/___/_____/ e ne autorizzo la ricezione presso la seguente struttura/ditta: _____
_____ all'indirizzo e-mail: _____
_____, li ___/___/_____/

FIRMA

Si allega copia del Documento di Identità n. _____ del _____