

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 _____,
recapito telefonico n. _____

richiedo cortesemente l'esito del tampone naso-faringeo per la ricerca del SARS-COV2 eseguito il
_____/___/_____ per la seguente motivazione:

e ne autorizzo la ricezione presso il seguente indirizzo e-mail:

_____ ,li ___/___/_____/

FIRMA

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