

ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2
(RESULT CERTIFICATE OF RAPID ANTIGEN TEST FOR SARS-CoV-2)

NOME COGNOME (NAME SURNAME) _____

COD. FISC (TAX CODE) _____

TIPO DOCUMENTO (DOCUMENT TYPE) _____

NUMERO DOCUMENTO (DOCUMENT NUMBER) _____

ESITO (RESULT) _____

TIPOLOGIA TAMPONE EFFETTUATO (Type of test performed): _____

<<< >>>

Il Tampone è stato effettuato presso la Farmacia: _____
(The test was performed at the Pharmacy:)

Data esecuzione (Date of execution): _____

Numero Tamponi Antigenici eseguiti con esito **NON VALIDO**
prima dell'esito finale registrato nel presente modulo
(Number of antigen tests performed with **INVALID** result
before recording the final result in this document)

Operatore Sanitario che ha eseguito il Test ;
(Healthcare professional who performed the test):

Nome Cognome (Name Surname): _____

Qualifica (Professional qualification): _____

Firma (Signature) _____