



TAMPONI ANTIGENICI RINOFARINGEI COVID-19

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____

via _____

dipendente della Camera di commercio di Caserta/Azienda Speciale/Società di sistema, in relazione all'iniziativa della stessa Amministrazione, finalizzata all'effettuazione del seguente test COVID 19

TAMPONE ANTIGENICO RINOFARINGEO COVID 19

E' disponibile a sottoporsi al test

Non è disponibile a sottoporsi al test

Caserta, _____

Firma
