



Alla ASL Caserta

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, C.F. _____

e-mail _____, telefono _____

in qualità di (genitore, tutore, fratello..) _____

dell'alunno (cognome e nome) _____ C.F. _____

iscritto alla classe _____, istituto _____

con sede in _____

Chiede

Di poter effettuare il tampone rapido antigenico per sé stesso e per i seguenti familiari conviventi

Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice fiscale

Data

Firma

